

# LA SEXUALIDAD DEL PACIENTE CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN EL MARCO DE LA REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR

Lic. Teresa Rodríguez,\* Dr. Juan J. Navarro,\*\* Dr. Antonio Moreno,\*\*\* Est. César J. Castro\*\*\*\*

Hospital Provincial Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba.

\*Psicóloga, Prof. Auxiliar de Psicología.

\*\*Esp. II grado en Cardiología, verticalizado en Cuidados Intensivos, Prof. Instructor.

\*\*\*Esp. I grado en Urología, Prof. Instructor

\*\*\*\*Estudiante de sexto año de Medicina.

**UN ASPECTO DE POBRE MANEJO EN LA REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR DE PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO ES EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DESPUÉS DEL EVENTO CORONARIO, INFLUIDO TAL VEZ POR PREJUICIOS Y TABÚES TANTO EN LOS PACIENTES COMO EN EL PERSONAL SANITARIO ENCARGADO DE ESTA REHABILITACIÓN.**

## INTRODUCCIÓN

La rehabilitación del paciente con enfermedades cardíacas constituye el conjunto de actividades requeridas para garantizar las mejores condiciones posibles desde los puntos de vista físico, mental y social, de manera que puedan, por sus propios esfuerzos, retornar a la vida en la comunidad lo más normalmente posible. Esta rehabilitación parte del indisoluble nexo que se establece entre el cuerpo y la mente y, por ende, de las implicaciones que tienen los factores psicológicos sobre el funcionamiento fisiológico y viceversa.<sup>1</sup>

El clásico programa de rehabilitación comprende una primera fase hospitalaria, inmediata al episodio agudo; una segunda fase, de convalecencia, que puede durar de dos a tres meses; y la tercera, a largo plazo o de por vida, llamada fase de mantenimiento. Incluye la atención a factores psicológicos, fisiológicos y sociales de estos enfermos. En el orden psicológico se han establecido objetivos específicos en el paciente con infarto agudo del miocardio (IMA) que pretenden intervenir sobre la ansiedad y la depresión usualmente

presentes en los pacientes tras este evento cardiovascular, y enseñarles a reconocer el estrés emocional, sus fuentes y mecanismos psicofisiológicos; y ante pacientes con patrón de conducta tipo A (PCTA) reconocer el comportamiento ante dicho estrés, apoyarles en la lucha que libran contra los factores de riesgo y reforzar la adhesión al programa y el mantenimiento a largo plazo de los cambios de vida necesarios para una rehabilitación completa.<sup>1</sup>

Uno de los aspectos identificados por la literatura médica y psicológica como de pobre manejo en estos pacientes es el referido al comportamiento sexual después del evento coronario, tal vez influenciado por prejuicios y tabúes tanto en los pacientes como en el personal sanitario encargado de la rehabilitación del paciente infartado.<sup>2, 3</sup>

Al otorgársele a la sexualidad su real importancia y trascendencia en la vida no sólo reproductiva, sino también afectiva de los seres humanos, va cambiando la mentalidad de las personas encargadas de reintegrar a la vida socialmente útil a aquellas otras que han sufrido IMA, poniéndose en plano jerárquico el manejo y la orientación sexual de las mismas.



### IMPORTANCIA DE LA SEXUALIDAD

La conciencia de la propia sexualidad constituye un evento íntimo privado, parcialmente compartido en ocasiones. Puede verse afectado a causa de disímiles factores físicos (edad, sexo, estado de salud, incapacidades, fármacos), educativos (falta de orientación, creencias erróneas), religiosos, morales y familiares, psíquicos y sociales.<sup>2</sup>

La vivencia de una sexualidad sana —entendiendo como tal la que el individuo elige sin sentirse obligado, ni restringido y sin proporcionar daños a otros— ayuda al paciente coronario a sentirse mejor física y psicológicamente. Una actividad sexual adecuada a sus circunstancias le ayuda a disminuir su temor al ejercicio a relajarse y refuerza su autoestima.<sup>2</sup>

### ALTERACIONES SEXUALES DESPUÉS DEL IMA

Los trastornos sexuales en pacientes cardiopatas y fundamentalmente tras el IMA están perfectamente documentados. Se ha descrito la existencia de disfunción sexual en porcentajes variables entre 38 y 78 %.<sup>4, 5</sup>

Las anomalías que con más frecuencia se han encontrado en el sexo masculino, han sido la disminución de la libido, las dificultades para la erección y los trastornos en la eyaculación.<sup>6, 7, 8</sup>

Algunos autores han publicado hasta 65 % de disfunción sexual en las mujeres tras un IMA, predominando la carencia de deseo sexual y la insatisfacción. Esta incidencia es 2,5 veces superior a la encontrada en el sexo femenino con otro tipo de patología no cardiológica.<sup>8</sup>

### FACTORES RESPONSABLES DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN LOS PACIENTES INFARTADOS

- *Inherentes al individuo* (edad, sexo, existencia o no de pareja estable, trastornos físicos y/o psíquicos).

Desde hace varios años se reconoce que la edad por sí misma y a través de diferentes mecanismos disminuye el porcentaje de actividad sexual.<sup>9</sup>

Existe una indudable diferencia entre los hombres y las mujeres en cuanto a lo que a frecuencia de coito se refiere. El estudio de Duke<sup>10</sup> encuentra una mayor actividad en los primeros (57 %) que en las segundas (43 %), y un estudio sueco demuestra similares conclusiones.<sup>11</sup> Las razones no están claras y pudieran estar en relación con fenómenos de carácter físico o social.

La existencia de una pareja estable se considera un factor importante para la ocurrencia con sistematicidad de la relación coital.

• *Existencia de enfermedades*

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en los países industrializados, y especialmente en los sujetos de edades más avanzadas, de manera que puede afirmarse que 50 % de ellos padecen de este tipo de patología.<sup>12</sup> La etiología preponderante es la aterosclerosis, la cual se ha asociado con aproximadamente 40 % de los casos con disfunción eréctil en los varones mayores de cincuenta años.<sup>13</sup> Se calcula que aproximadamente 50 % de los pacientes con diabetes presentan disfunción eréctil y su prevalencia depende de la edad y de la gravedad de la diabetes.<sup>14, 15</sup> Otras enfermedades crónicas pueden asociarse a estas enfermedades y, por tanto, pueden potencializar el riesgo a padecer de disfunciones sexuales.

• *Medicación*

En un panel de discusión publicado en la revista *Geriatrics*, el doctor Whitehead considera que existen más de doscientos productos farmacéuticos que de una u otra forma pueden incidir de forma negativa en la sexualidad.<sup>16</sup>

A continuación ofrecemos los medicamentos que pueden ser utilizados en el tratamiento del paciente cardiovascular y que a su vez pueden repercutir negativamente en la respuesta sexual de estos pacientes.<sup>17</sup>

*Antihipertensivos.* La disfunción producida por algunos de estos agentes puede que no se presente al cambiarlo por otro de la misma familia terapéutica. Los marcados con \* disminuyen la testosterona sérica:

a) diuréticos: tiazidas, espironolactona. Afectan deseo y excitación; como alternativa, considerar la administración de antagonistas del calcio + placereado;

b) agentes de acción central (simpaticolíticos): clonidina, metildopa. Se afectan deseo, excitación, orgasmo, eyaculación (?); con igual alternativa que la anterior;

c) hipotensores, agentes de acción periférica (simpaticolíticos): guanetidina, reserpina. Se afectan las mismas fases sexuales anteriores;

d) bloqueadores beta-adrenérgicos (betabloqueantes): propanolol,\* nadolol, atenolol, labetalol. Se afectan deseo, excitación, eyaculación; como alternativa, considerar la administración de antagonistas del calcio;

e) inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA): captopril, lisinopril. Se afecta la excitación; con igual alternativa que la anterior;

f) cardiotónicos: digoxina. Se afectan deseo y excitación; como alternativa, cambiar el fármaco.

*Psicotropos.* Pueden alterar la función sexual por su actividad anticolinérgica y simpaticolítica o por efectos sobre los neurotransmisores. Los marcados con \* elevan concentraciones séricas de prolactina:

a) antidepressivos: IMAO (fenelcina), isocarboxácida, trancilpromina. Se afectan excitación, eyaculación y orgasmo; como alternativa, reducir dosis;

b) antidepressivos tricíclicos: clomipramina, imipramina, amitriptilina. Se afectan deseo, excitación, eyaculación y orgasmo; con igual alternativa que la anterior;

c) otros antidepressivos: fluoxetina, trazodona. El primero afecta deseo, excitación, eyaculación y orgasmo, y el último puede producir priapismo; con igual alternativa que la anterior;

d) ansiolíticos: diazepam, alprazolam, clonazepam. Se afectan deseo, orgasmo y eyaculación; como alternativa, disminuir medicación paulatinamente;

e) narcóticos: codeína, imperidina. Se afectan deseo, excitación y orgasmo; como alternativa, tener en cuenta el horario de administración, pues puede influir en la actividad sexual.

*Otros fármacos.*

a) hipolipemiantes: clofibrato. Se afectan deseo y excitación; con la alternativa del cambio de fármaco; disminuyen la acción de la testosterona.

• *Dependientes de la cardiopatía: gravedad y síntomas*

La clase funcional, la presencia de sintomatología y fenómenos psicológicos, como el miedo y la depresión, juegan un importante papel en la normal reincorporación social y sexual de los enfermos tras el ingreso hospitalario como consecuencia de un IMA, cirugía coronaria o angina inestable.

Los pacientes que han sufrido IMA, presentan sintomatología clínica (angina, palpitaciones o disnea) durante el coito en un porcentaje variable entre 22 % y 42 %.<sup>4, 18, 19</sup>

Hellerstein y Friedman<sup>7</sup> estudiaron en 1970 a cuatro pacientes que habían sufrido IMA. Analizaron la respuesta de la frecuencia cardíaca durante la cópula, con la colocación de un registro electrocardiográfico portátil. La frecuencia media durante el



dos o tres pisos de una escalera (110-130 latidos por minuto) con un esfuerzo máximo que dura de diez a quince segundos y un gasto energético bastante moderado. El resultado de la prueba de esfuerzo puede orientar cuál será la respuesta del paciente a cualquier actividad física, incluso la sexual.<sup>2</sup>

La relación con la pareja no habitual aumenta el estrés por las exigencias que se tienen que enfrentar, por lo que es recomendable dejar estas prácticas para meses después del IMA. Pese a todo ello sigue habiendo poco riesgo de muerte súbita durante el coito.<sup>26, 2</sup>

Esto puede variar debido a características físicas del paciente, la pareja, la situación anímica, la ingesta de comida previa, relaciones extraconyugales,...

Por tanto, la indicación médica en cuanto al tiempo de reanudar la actividad sexual postinfarto varía. Podemos encontrar que se recomienda esperar de 9,4 a 10,7 semanas.<sup>27, 8</sup>

Otros autores prefieren tomar como punto de referencia los resultados de la ergometría y, de acuerdo con la capacidad funcional, definir el momento de la reiniciación coital.<sup>21</sup>

Si bien es cierto que estos factores psicológicos pueden ser causa de disfunciones sexuales, no podemos obviar que la enfermedad cardíaca está asociada a factores de riesgo, como diabetes mellitus, aterosclerosis, hipertensión y tabaquismo. Además, debe tenerse en cuenta el efecto contraproducente que para la respuesta sexual tienen los medicamentos indicados en el tratamiento de dicha enfermedad. Recordamos el efecto de la hipertensión en la respuesta sexual:<sup>17</sup>

- la presencia de un síndrome arterial periférico causa problemas erectivos en hombres, y de excitación y lubricación en la mujer. En este sentido, Bortolotti y colaboradores<sup>28</sup> exponen estudios en los que se detectan problemas sexuales entre 8 y 17 % de pacientes con disfunción eréctil al diagnóstico;

- los efectos secundarios de la medicación antihipertensiva que el/la paciente debe tomar: los desórdenes sexuales más frecuentes inducidos por antihipertensivos incluyen disminución del deseo, disfunción erectiva, eyaculación retrógrada o retardada y ginecomastia en hombres; disminución de la libido, lubricación y dificultades para obtener orgasmo en las mujeres.<sup>29</sup> Hay que tener en cuenta

que la medicación que se utiliza persigue un doble efecto, esto es, la relajación de paredes de los vasos sanguíneos y/o una influencia amortiguadora sobre el sistema nervioso autónomo.

## **EL NUEVO FÁRMACO SILDENAFILO Y LOS CARDIÓPATAS**

El sildenafil citrato es un inhibidor potente y selectivo de la fosfodiesterasa tipo 5. Actúa restableciendo la respuesta natural del organismo a la estimulación, induciendo la relajación del músculo liso del cuerpo cavernoso y permitiendo que se obtenga y se mantenga la erección.<sup>30, 26</sup>

No parece tener contraindicación con la tulbottamida, warfarina, aspirina, amlodipino, antidiabéticos, tiazidas y diuréticos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los antidepresivos tricíclicos, IECA, o antagonistas de los receptores beta-adrenérgicos. Tampoco parece potenciar el efecto hipotensor del alcohol.<sup>26</sup>

Sin embargo, su administración está absolutamente contraindicada en pacientes que utilicen nitratos o donadores de óxido nítrico (NO) en cualquier forma, porque el sildenafil puede potenciar el efecto vasodilatador del NO exógeno al inhibir la enzima fosfodiesterasa presente en las células del músculo liso vascular, reduciendo de forma significativa la presión sanguínea. Su uso parece estar contraindicado también en pacientes que han sufrido IMA, así como en pacientes con cifras tensionales bajas (menor 90/60) secundarias o no a tratamiento.<sup>26</sup>

## **RECOMENDACIONES PRÁCTICAS<sup>2</sup>**

- Se recomienda comenzar la actividad sexual cuando el médico de asistencia autorice, teniendo como referencia la capacidad funcional del paciente, para lo cual es necesario haber realizado la prueba ergométrica o de esfuerzo.

- Debe reiniciarse la actividad sexual sin maratones, con la pareja estable, porque cuanto menos es la exigencia, mayor es la capacidad para dar y recibir placer. Debe haber un ambiente tranquilo, con temperatura agradable y condiciones mínimas de privacidad.

- Evítese el consumo excesivo de comida y bebida en horas previas a la actividad sexual; debe esperarse de dos a tres horas después de la ingestión para iniciarla.

- Se recomienda realizar el coito cuando el paciente se sienta descansado, tranquilo y con buena disposición para iniciar esta actividad.

- Los pacientes que hayan sufrido episodios de angina previos a la actividad sexual, pueden consultar con el cardiólogo la posibilidad de tomar un comprimido de nitroglicerina sublingual diez minutos antes del coito,<sup>31, 2</sup> dejando que el medicamento se disuelva completamente antes de comenzar la actividad sexual.

- Búsqense posturas en el coito que disminuyan el trabajo del paciente; inicialmente no debe ocupar la posición superior (arriba), pues ésta aumenta mucho el esfuerzo a realizar.

- Cuando haya insuficiencia cardiaca evítese el decúbito plano y elijanse posiciones en las que el infartado/a esté más incorporado.

- Se recomienda iniciar la actividad sexual después de haber comenzado otro tipo de ejercicio (natación, carrera suave, bicicleta); por tanto, debe esperarse al menos de cuatro a cinco semanas después del IMA, siempre con autorización médica.

- Recordar a los pacientes que durante la actividad sexual aumentan las frecuencias cardiaca y respiratoria, lo cual no debe ser motivo de alarma. Sólo si existen dolor torácico, disnea muy importante, sensación de ahogo o palpitaciones acompañadas de malestar, el paciente debe abandonar lentamente la actividad sexual en ese momento.<sup>2</sup>

- En caso de disfunción sexual tanto en el hombre como en la mujer, debe consultarse al médico de asistencia y, si es necesario, a un terapeuta sexual para buscar posibles causas del trastorno y reajuste del tratamiento médico si fuese posible. Debe tenerse en cuenta que el manejo terapéutico de los cardiopatas puede ser muy complejo y hay que considerar diversos parámetros relacionados con la cardiopatía (etiología, grado funcional, antigüedad del proceso, presencia de angina, arritmia, historia sexual del paciente, comportamiento sexual antes del IMA).

Una orientación psicológica acertada puede contribuir a disminuir el desajuste en el funcionamiento sexual de los pacientes infartados.

Otras alternativas terapéuticas que se suelen citar en la literatura, son el uso del captopril, los IECAs en general, el minoxidil (vasodilatador) y los antagonistas del calcio, medicaciones que parece que no afectan la función sexual.<sup>17</sup>

Apoyarse en los resultados de la prueba ergométrica es otra alternativa para hacer comprender al paciente y su pareja el bajo riesgo de complicaciones que tiene el coito para una recaída cardiaca.

- El sildenafil no debe administrarse sin supervisión médica en ninguno de los casos. Está totalmente contraindicado en pacientes que consuman nitratos o donadores de óxido nítrico (NO), porque puede potenciar su efecto hipotensor.

- La información tiene una importancia primordial. Resulta necesario el diálogo con la pareja, con el fin de eliminar el miedo a la muerte durante el coito y el enfrentamiento adecuado a la vida sexual.

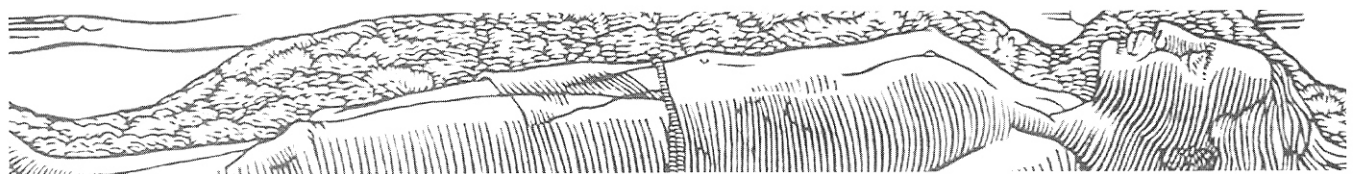
## CONCLUSIONES

1. Los programas de rehabilitación cardiovascular deben contemplar con mucha fuerza el manejo y la orientación de la sexualidad del paciente infartado por la connotación que tiene este aspecto en la vida afectiva de las personas en nuestro medio.

2. La orientación y el manejo terapéutico de la sexualidad del cardiópata debe comenzarse desde la primera fase de la rehabilitación cardiovascular, es decir, inmediatamente después del evento agudo. Debe incluirse a la pareja y propiciarse un clima favorable que posibilite abordar todas las dudas y preocupaciones que puedan surgir en este proceso.

3. Es necesario facilitar material de autoayuda en el que se aborden los distintos aspectos de la rehabilitación cardiovascular y, por tanto, los referidos a la sexualidad del cardiópata.

4. Los pacientes que han sufrido IMA, una vez que egresan del hospital, deben saber a donde dirigirse en caso de que se les presente alguna duda o alteración en el funcionamiento sexual.



Bibliografía

(Según aparecen citados por el autor.)

- 1 RIVAS ESTANY, E. «Rehabilitación cardiovascular integral. Conceptos, objetivos y formas de aplicación». *Rev. Cubana Cardiol Cir. Cardiovasc*, vol. 2, no. 1, 1988, pp. 29-41.
- 2 CASADO DONES, M. J. y otros. «La sexualidad en los pacientes con infarto agudo del miocardio». Disponible en [www.doyma.es](http://www.doyma.es) (consultado: 15 de abril, 2006.)
- 3 HERNÁNDEZ MELÉNDEZ, E., A. PALMERA CHÁVEZ y F. SANTOS ÁVILA. *Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares*. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Guadalajara, 2003, pp. 123-140.
- 4 AMSTERDAM, B. et al. «Sexual counselling and sexual activity myocardial infarction: Patient attitude and physician response». *Clin Res*, no. 25, 1977.
- 5 MAROTO, J. M. et al. «Rehabilitación en la cardiopatía isquémica. Resultados a nivel de calidad de vida y sobre el pronóstico». *Arch Inst Cardiol Mex*, no. 62, 1992, pp. 441-446.
- 6 BLOCH, A., J. P. MAEDER y J. C. HAISLY. «Sexual problems after myocardial infarction». *Am Heart J*, no. 90, 1975, pp. 536-37.
- 7 HELLERSTEIN, H. K. y E. H. FRIEDMAN. «Sexual activity and the post-coronary patient». *Arch Intern Med*, no. 12, 1970, pp. 987-999.
- 8 PAPADOPOULOS, C. et al. «Sexual concerns and needs of the post coronary patient's wife». *Arch Intern Med*, no. 1980, pp. 38-41.
- 9 KINSEY, A. C., W. B. POMEROY y C. E. MARTIN. «Age and sexual outleb». En A. C. Kinsey, W. B. Pomeory y C. E. Martín (eds.): *Sexual Behaviour in the Human Male*. WB Saunders Co., Philadelphia, 1948, pp. 218-262.
- 10 VERWOERDT, T. A., E. PFEIFFER y H. S. WANG. «Sexual behaviour in senescence-patterns of sexual activity and interest». *Geriatrics*, no. 6, 1951, pp. 304-308.
- 11 PERSSON, G. «Sexuality in a 70-year-old urb and population». *J Psychosomatic Res*, no. 24, 1980, pp. 335-342.
- 12 KENNEDY, R. D., G. R. ANDREWS y F. I. CAIRD. «Ischemic heart disease in the elderly». *Br Heart*, no. 39, 1977, pp. 1 121-1 127.
- 13 KAISER, F. E. et al. «Impotence and aging: clinical and hormonal factors». *J Am Geriatric Soc*, no. 36, 1988, pp. 511-519.
- 14 RUBIN, A. y D. BABBOTT. «Impotence in diabetes mellitus». *JAMA*, no. 168, 1958, pp. 498-500.
- 15 MC CULLOCH, D. K. et al. «The prevalence of diabetic impotence». *Diabetología*, no. 18, 1980, pp. 279-283.
- 16 «Sexual problems in the elderly: The use and abuse of medications. A geriatrics panel discussion». *Geriatrics*, no. 44, 1989, pp. 61-71.
- 17 FERNÁNDEZ HERRERA, L. y M. PADRÓN MORALES. «Orientación e intervención en situaciones especiales». Disponible en [www.imesex.edu.mx/Orientacion%20e%20intervencion%20en%20situaciones%20especiales.htm](http://www.imesex.edu.mx/Orientacion%20e%20intervencion%20en%20situaciones%20especiales.htm)
- 18 MANN, S., J. G. YATES y E. B. RAFFERTY. «The effects of myocardial infarction on sexual activity». *J Cardiac Rehabil*, 1981, pp. 187-193.
- 19 KAVANAGH, Y. y R. J. SHEPHARD. «Sexual activity after myocardial infarction». *Can Med Assoc J*, no. 116, 1977, pp. 1 250 -1 253.
- 20 LARSON, J. L. et al. «Heart rate and blood pressure responses to sexual activity and a stair climbing test». *Heart Lung*, no. 9, 1980, pp. 1 025-1 030.
- 21 EAGLE KIM, A. et al. *La práctica de la cardiología. Normas del Massachussets General Hospital*. 2ª ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1991, pp. 11 756-11 758.
- 22 SHAFFER, R. B. y C. CORISH. «Cardiac Surgery and Women». *Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 12, no. 4, 1998, pp. 14-31.
- 23 KOLODNY, R. C. et al. «Desórdenes endocrinos y sexo». En R. C. Kolodny et al.: *Manual de sexualidad humana*. Pirámide, Madrid, pp. 101-140.
- 24 BOONE, T. y R. KELLEY. «Sexual issues and research in counselling the post myocardial infarction patient». *Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 4, no. 4, 1990, pp. 65-75.
- 25 SIERRA ÁVILA, B. «Infarto agudo de miocardio y conducta sexual». *Rol de Enfermería*, no. 30, 1987.
- 26 MONTERO MAROTO, J. MA. y C. DE PABLO ZARZOZA. «La sexualidad del cardiópata». *REV ESP CARDIO*, vol. 17, no. 29, 1990, pp. 36-38.
- 27 PAPADOPOULOS, C. «A survey of sexual activity after myocardial infarction». *Cardiovasc Med*, no. 3, 1978, pp. 821-826.
- 28 BORTOLITTI, A. et al. «The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors». *International Journal of Andrology*, vol. 20, no. 6, 1997, pp. 323-334.
- 29 DUNCAN, L. y N. BATEMAN. «Sexual function in women. Do antihypertensive drugs have an impact?» *Drug Safety*, vol. 8, no. 3, 1993, pp. 225-234.
- 30 CABELLO SANTAMARÍA, F. *Disfunción sexual eréctil. Un abordaje integral*. Psimatica, Madrid, 2004.
- 31 TANDETER, H. et al. «Sexualidad tras un infarto de miocardio». *Medifan*, vol. 10, no. 8, 2001, pp. 510-513.

