

Sexualidad y enfermedades crónicas

Ángel Alonso Álvaro

Jefe de Sección de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Yagüe de Burgos. España.

RESUMEN

Las enfermedades crónicas con frecuencia están asociadas con disfunciones sexuales. En estas alteraciones de la sexualidad influyen en su desarrollo factores tanto físicos, como psicológicos. Los factores físicos incluyen los derivados de la propia enfermedad (cáncer, diabetes, etc.) y las terapias empleadas ya sean quirúrgicas (mastectomía, orquiectomía, etc.) o médicas (citostáticos, antihipertensivos, etc.). Entre los factores psicológicos pueden aparecer problemas de autoestima, de ansiedad, y sobre todo de depresión asociada a la propia enfermedad.

Los factores orgánicos no afectan de la misma manera a hombres y mujeres (por ejemplo, la disfunción eréctil es más vulnerable y evidente que la disfunción de la excitación femenina), ni ejercen los mismos efectos sobre la respuesta sexual; hay que tener en cuenta las diferencias individuales, ya que un mismo proceso físico puede ejercer efectos completamente distintos sobre diferentes personas en función de su personalidad, historia sexual, sexualidad previa, etc.

En general, las enfermedades crónicas tienden a alterar las fases de deseo y excitación sexual. Algunas enfermedades producen pérdida del interés sexual en etapas tempranas (diabetes, cardiopatía isquémica, etc.); por el contrario, otras patologías (tuberculosis, etc.) conservan la libido hasta etapas avanzadas de la enfermedad. En ocasiones, las enfermedades son utilizadas para poner fin a una sexualidad no satisfactoria y mantenida por obligación.

Aunque una parte significativa de los enfermos crónicos presenta algún tipo de disfunción sexual, la mayoría de las personas que los atienden no plantean, abiertamente, este problema. Por tanto, es importante que el médico práctico tenga en cuenta estas consideraciones si quiere prestar una atención integral a sus pacientes.

Palabras clave: Enfermedad crónica. Disfunción sexual. Cáncer. Diabetes mellitus.

ABSTRACT

Sexuality and chronic diseases

The chronic illnesses frequently are associated with sexual dysfunctions. In these alterations of the sexuality they influence so much in their development factors physical, as psychological. The physical factors include those derived of the own illness (cancer, diabetes, etc.) and the therapies used are already surgical (mastectomy, orchiectomy, etc.) or medicals (cytostatic, antihypertensive, etc.).

Among the psychological factors problems of self-esteem can appear, of anxiety, and mainly of depression associated to the own illness.

The organic factors don't affect men and women in the same way (for example, the erectile dysfunction is more vulnerable and more evident than the dysfunction of the feminine excitement), neither they exercise the same effects on the sexual answer, it is necessary to keep in mind the individual differences, since oneself process physique can exercise totally different effects on different people in function of its personality, sexual history, previous sexuality, etc.

In general, the chronic illnesses spread to alter the desire phases and sexual excitement. Some illnesses produce loss of the sexual interest in early stages (diabetes, ischemic heart disease, etc.); on the contrary, other pathologies (tuberculosis, etc.) they conserve the libido until advanced stages of the illness. In occasions, the illnesses are used to put an end to a non satisfactory sexuality and maintained by obligation.

Although a significant part of the chronic sick persons presents some type of sexual dysfunction, most of people that assist them don't outline, openly, this problem. Therefore, it is important that the practical doctor keeps in mind these considerations if he wants to pay an integral attention to his patients.

Key words: Chronic illness. Sexual dysfunction. Cancer. Diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es un fenómeno complejo que depende de mecanismos neurológicos, vasculares y endocrinos y está condicionada por factores psicológicos, sociales y de la propia pareja. Con frecuencia, las enfermedades crónicas y las discapacidades están relacionadas con una disfunción sexual. Las alteraciones de la sexualidad inducidas

por estos procesos suelen ser multifactoriales, y a su desarrollo contribuyen factores tanto físicos como psicológicos. Los factores físicos incluyen los derivados de la propia enfermedad y las terapias empleadas, ya sean quirúrgicas o médicas. Entre los factores psicológicos pueden aparecer problemas de autoestima, de ansiedad y, sobre todo, de depresión asociada a la propia enfermedad. En general, las enfermedades crónicas tienden a alterar las fases de deseo y excitación sexual, mientras que los tratamientos farmacológicos pueden interferir con cualquiera de las fases de la respuesta sexual (tabla 1).

Correspondencia: Dr. Ángel Alonso Álvaro.
P.º Regino Sainz de la Maza, 4, 2.º A. 09004 Burgos. España.
Correo electrónico: aalonsoal@ya.com

TABLA 1. Medicamentos y sexualidad

Cardiovasculares
Diuréticos: tiazidas, espironolactona, etc.
Antihipertensivos de acción central: metildopa, clonidina
Bloqueadores alfa: prazosina, doxazosina
Bloqueadores beta: propranolol, labetalol, atenolol
IECA: captopril, enalapril, lisinopril
ARA-II: losartán, valsartán, etc.
Antagonistas del calcio: dihidropiridinas, verapamilo, diltiazem
Vasodilatadores: hidralazina, minoxidil
Citostáticos
Ciclofosfamida, taxanos, platinos
Antagonistas H ₂
Cimetidina, ranitidina, famotidina
Terapia hormonal
Análogos GnRH, progestágenos, antiandrógenos
Sustancias de abuso
Alcohol, cocaína, heroína, nicotina, etc.
Psicotropos
Antidepresivos (IMAO): fenelzina
Antidepresivos tricíclicos: imipramina, amitriptilina, clomipramina
Antidepresivos (ISRS): fluoxetina, paroxetina, sertralina
Antipsicóticos: clorpromazina, haloperidol, tioridazina, risperidona
Ansiolíticos: diazepam, alprazolam
Hipolipemiantes

Fármacos de uso habitual en medicina con posibilidad de ejercer efectos adversos en la esfera sexual¹. ARA-II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; GnRH: hormona liberadora de gonadotropina; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa, ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Aunque una parte significativa de los pacientes crónicos presenta algún tipo de disfunción sexual, la mayoría de las personas que les atienden no plantean, abiertamente, este problema. Por tanto, si se quiere prestar una atención integral a estos pacientes, es importante que el médico práctico aborde la dimensión sexual de sus pacientes.

En la primera parte se describirán las alteraciones de la sexualidad inducidas por enfermedades crónicas y, en la segunda, se tratará la evaluación de la disfunción sexual y consejos sexuales.

DISFUNCIÓN SEXUAL Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

Dado el gran número de enfermedades crónicas que pueden inducir una disfunción sexual², aquí sólo se efectuará una revisión panorámica de las más importantes.

Cáncer

Aunque algunos cánceres son curables en un alto porcentaje de los casos, todavía muchas personas asocian la palabra *cáncer* a enfermedad incurable, innombrable y mortal.

Los efectos secundarios de los tratamientos empleados (astenia, vómitos, alopecia, anorexia, dolor, etc.) y de las técnicas quirúrgicas (amputaciones de órganos, supresión hormonal, daño neurológico y vascular) tienen un impacto considerable en la imagen corporal, el funcionamiento sexual e incluso la fertilidad; por esto, no es de extrañar que muchos pacientes presenten depresión, ansiedad y pérdida de la autoestima. Por todo ello, el bienestar sexual de estos pacientes se puede ver gravemente comprometido.

Las disfunciones sexuales más comunes en las personas con cáncer son la falta de deseo sexual en ambos sexos, la disfunción eréctil en el varón y la dispareunia en la mujer. En la mujer, el fracaso ovárico prematuro que resulta de la quimioterapia o de la radioterapia pélvica es un antecedente frecuente de la disfunción sexual. El orgasmo suele permanecer intacto, tanto para el varón como para la mujer, aunque puede retardarse como consecuencia de los medicamentos o de la ansiedad. Téngase en cuenta que la sexualidad es una necesidad del paciente oncológico, aun en estados terminales, y aunque disminuya el interés por el coito, el deseo de proximidad y de contacto físico se mantiene.

Trastornos cardiovasculares

Enfermedad coronaria

El infarto agudo de miocardio tiene una importante repercusión sexual, especialmente en varones, ya que este proceso es más frecuente y aparece como promedio 10 años antes que en la mujer. En numerosos estudios, la disfunción eréctil se ha mostrado como un marcador precoz de cardiopatía isquémica³. Con frecuencia, estos pacientes presentan otros factores de riesgo de disfunción sexual asociados, como: hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo, etc. Además, hay que añadir la medicación inductora de disfunción sexual ampliamente utilizada en estos pacientes (tabla 1).

Boone y Killey (1990) efectuaron estudios de consumo de oxígeno o energía gastada, para valorar la inocuidad de la actividad sexual en estos pacientes. Así, 1 MET sería lo que se consume en reposo; estos autores calcularon que subir una cuesta equivaldría a 4 MET; la estimulación erótica, a 3,5 MET y el orgasmo, a 4,7 MET. Cualquier persona que se haya recuperado de un infarto, sin complicaciones, tiene una capacidad máxima de 8-9 MET.

Por otra parte, el miedo manifestado en más del 40% de los casos (al paciente le inquieta la posibilidad de repetición del infarto durante la fase de excitación sexual) y la inhibición del deseo sexual registrado en el 50% de los casos, ya sea como efecto de la enfermedad o de su tratamiento, son las razones para que el 25% de los pacientes abandone la actividad sexual tras

presentar un infarto agudo de miocardio; el 50% disminuye la frecuencia, y sólo el 25% restante mantenga su actividad sexual previa.

Las mujeres que han presentado ataques cardíacos parecen menos propensas que los varones a tener dificultades sexuales posteriores. El deseo y la actividad suele disminuir, pero la capacidad orgásmica generalmente no se modifica⁴.

Hipertensión arterial

Los últimos estudios realizados en pacientes hipertensos estiman una prevalencia mayor de disfunciones sexuales que la encontrada en la población general. En estos pacientes se suele sumar el efecto de la propia enfermedad, de los medicamentos utilizados para su tratamiento y las repercusiones psicológicas.

Diabetes mellitus

La diabetes se asocia con frecuencia a disfunciones sexuales, por los daños vasculares (microangiopatía diabética) y neurológicos (neuropatía periférica) que causa; esta última es el motivo principal de las dificultades sexuales que se presentan en los diabéticos de ambos sexos. Es relevante señalar que la disfunción eréctil en varones y las dificultades para alcanzar el orgasmo en las mujeres previamente orgásmicas podría ser una manifestación inicial de la enfermedad⁵. La insulina y los antidiabéticos orales no deterioran la sexualidad; sin embargo, el tratamiento de otras enfermedades asociadas (especialmente la cardiovascular) sí la pueden afectar.

En las mujeres, la queja sexual más frecuente es la disminución de la lubricación vaginal, manifestada por una tercera parte de las pacientes. La neuropatía, en las mujeres diabéticas, puede reducir la capacidad del clítoris de responder a estímulos eróticos, por lo que estas mujeres precisan mayores grados de estímulo sexual para alcanzar el orgasmo⁴. Los lubricantes sexuales pueden ayudar, ya que aumentan la sensibilidad al estímulo.

En los varones, el mayor problema se presenta con la disfunción eréctil; esta disfunción afecta al 50% de los diabéticos con 10 años de evolución de su enfermedad⁵. En términos generales, se puede afirmar que la libido se ve poco afectada en el varón diabético.

Insuficiencia renal crónica

Se ha demostrado, en ambos sexos, una relación entre el grado de uremia y el porcentaje de disfunciones sexuales⁶. Los pacientes con enfermedades renales pueden presentar disminución de la libido, reducción de la frecuencia coital, disfunción eréctil e infertilidad.

Estas alteraciones están relacionadas con la uremia, la anemia, el hiperparatiroidismo secundario, las alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, la enfermedad vascular y, a veces, por el efecto secundario de los fármacos utilizados; sin olvidar el impacto psicológico de la enfermedad.

La sexualidad de estos pacientes suele empeorar cuando precisan tratamiento con hemodiálisis. Después del trasplante renal, un 50% de los pacientes suelen recuperar los grados de sexualidad previos y una tercera parte mejora con relación a la diálisis, aunque dependiendo del tiempo de diálisis, las enfermedades asociadas y la medicación inmunodepresora.

Enfermedades neurológicas

El cerebro es el órgano encargado de procesar los impulsos sensoriales que recibe para la percepción del placer, el dolor y las emociones. Asimismo, envía impulsos que transforman el deseo sexual en respuesta sexual. Con lo antedicho, es fácil entender la importancia del sistema nervioso y las repercusiones de las enfermedades neurológicas en la sexualidad.

Los principales procesos que pueden afectar a la sexualidad son:

- Lesiones centrales: tumores, epilepsia, ictus, traumatismos, etc.
- Lesiones en el aparato neurológico inferior: esclerosis múltiple (EM), esclerosis lateral amiotrófica (ELA), poliomielitis, siringomielia, espina bífida, hernia discal o tumor, cirugía o traumatismo de la columna, etc.

Esclerosis múltiple

Es la causa más común de discapacidad neurológica en adultos jóvenes, con una prevalencia de 60/100.000 habitantes, y suele aparecer entre los 20 y los 40 años, con una mayor frecuencia en mujeres. Al comienzo de la enfermedad pueden producirse hiperestesias que condicionan sensaciones desagradables y dispareunia. En el varón, la impotencia y los problemas eyaculatorios pueden ser un síntoma inicial de la enfermedad. En una fase avanzada, la mitad de las mujeres tienen dificultades orgásmicas y un porcentaje similar de los varones presenta disfunción eréctil y ausencia de eyaculación. Como esta enfermedad cursa por brotes, las repercusiones sexuales suelen fluctuar en el tiempo, y pasar de períodos malos a otros relativamente normales.

Enfermedades genitourinarias

Lógicamente, las enfermedades de los órganos sexuales y la cirugía practicada en éstos pueden tener implicaciones en el funcionamiento sexual.

Algunas enfermedades benignas del aparato genitourinario, en ambos sexos, pueden afectar al funcionamiento sexual:

- En la mujer: malformaciones vulvovaginales, el liquen esclerovulvar, la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), la endometriosis, etc.

- En el varón: malformaciones del pene o ausencia de éste, hipospadias, hidrocele, etc.

Evidentemente, la cirugía practicada en el aparato reproductor, por procesos benignos y, sobre todo, malignos, puede influir en el funcionamiento sexual.

Cirugía en la mujer

Algunas intervenciones en la vagina o el periné por procesos benignos (prolapso genital) pueden originar cicatrices, estenosis o acortamientos vaginales causantes de dispareunia.

La cirugía del carcinoma de vulva es una intervención muy mutilante para las mujeres; no obstante, se ha observado una menor morbilidad en la vulvectomía parcial comparada con la radical.

La ovariectomía bilateral puede estar motivada por procesos benignos o malignos. Cuando la castración quirúrgica se realiza en mujeres jóvenes, produce una menopausia artificial, con clínica florida e importantes repercusiones psicológicas. Hay que prestar atención a la posible sequedad vaginal motivada por el hipotrofenismo. Lógicamente, en caso de cáncer ovárico, la quimioterapia agrava la situación.

La histerectomía, en todas sus variantes, es una intervención practicada con frecuencia. Ayoubi et al⁷ estudiaron las consecuencias en la sexualidad, según el tipo de histerectomía practicada, comparando la histerectomía abdominal con la vaginal y la asistida por laparoscopia. Los autores no encontraron diferencias, según la técnica empleada, en el funcionamiento sexual después de la cirugía, y sólo observaron una pequeña disminución de la autoestima en las mujeres con histerectomía abdominal, en relación con la cicatriz abdominal.

La mayoría de los estudios que valoran el funcionamiento sexual posthisterectomía no encuentran diferencias en el deseo sexual, la frecuencia coital y la capacidad orgásmica antes y después de la cirugía⁸.

Respecto a la sequedad vaginal, se ha comprobado que depende más del estado hormonal que de la propia intervención. En una revisión llevada a cabo por Rhodes et al⁹ no observaron que la histerectomía en sí misma fuera responsable de una mayor o menor sequedad vaginal.

En conclusión, se puede afirmar que la histerectomía por procesos benignos, sin anexectomía bilateral acompañante, no supone modificaciones importantes en la sexualidad de la mujer.

Es importante la información pre y postoperatoria por el personal sanitario para aclarar conceptos e intentar eliminar tabúes que puedan condicionar una actitud pesimista de la paciente, al pensar que ya ha perdido su condición de mujer.

En caso de enfermedad maligna pueden aparecer disfunciones en relación con el impacto psicológico del diagnóstico y los tratamientos adyuvantes posteriores.

Cáncer de mama

Las mamas son importantes para la identidad femenina. Los senos se consideran, en nuestra sociedad, como un símbolo de erotismo y feminidad. Generalmente, es un órgano relevante de estimulación y de excitación erótica, tanto para la mujer como para su pareja.

Cuando se diagnostica un cáncer de mama, el primer interés de la mujer es la supervivencia. Sin embargo, simultáneamente, surgen otros conflictos: miedo a la mutilación (“quedar convertida en media mujer”, “poco femenina”), miedo a la pérdida de su atractivo físico y, en ocasiones, temor al rechazo de su compañero.

La mujer tiene que afrontar los efectos físicos derivados del tratamiento quirúrgico y los efectos adversos de los tratamientos adyuvantes. No obstante, las condiciones actuales de diagnóstico más temprano y la disponibilidad de mejores tratamientos han permitido reducir el grado de mutilación. En el momento actual, la cirugía conservadora es el tratamiento quirúrgico de elección; además, en muchas ocasiones y gracias a la técnica del ganglio centinela, es posible evitar la linfadenectomía axilar.

Schover et al¹⁰, en un ensayo aleatorizado para comparar la evolución de la calidad de vida de pacientes tratadas con tumorectomía o mastectomía, no encontraron diferencias en la sexualidad posterior. Asimismo, estos autores tampoco encontraron diferencias en la sexualidad en las mujeres sometidas o no a reconstrucción mamaria¹⁰. Por tanto, la cirugía conservadora o la reconstrucción inmediata de la mama mejoran la imagen corporal y el confort postoperatorio de la paciente, pero no mejora la sexualidad posterior.

La quimioterapia produce efectos secundarios y tóxicos relevantes, especialmente por la alopecia y el fallo ovárico que, en muchos casos, es definitivo. En la actualidad, se acepta que la quimioterapia tiene una importante repercusión negativa en la sexualidad¹¹.

Respecto a la influencia de la hormonoterapia, ésta varía según el fármaco empleado¹². El tamoxifeno no plantea problemas; los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) pueden producir algunas modificaciones en la sexualidad, por la meno-

pausia transitoria que ocasionan, pero tienen un menor efecto que la quimioterapia. En el momento actual, no se dispone de datos acerca de los efectos de los inhibidores de la aromatasas. La radioterapia no tiene repercusiones en la sexualidad.

Además de los tratamientos empleados, las reacciones emocionales de la mujer, su personalidad, la sexualidad previa, la relación de pareja y la estabilidad, la edad, el asesoramiento y el apoyo psicológico y, sobre todo, el papel del cónyuge son fundamentales en la aparición de las disfunciones sexuales.

En general, se producen mayores repercusiones sexuales en los cánceres ginecológicos, salvo en la recurrencia del cáncer mamario, en el que aparece un gran empeoramiento sexual.

Cirugía en el varón

La orquiectomía bilateral, además de la afección psicológica, producirá esterilidad y un descenso en el valor de andrógenos que puede ocasionar pérdida de la libido e impotencia. La penectomía provoca un gran impacto psicológico.

En el tratamiento del cáncer de próstata, al ser un cáncer dependiente de hormonas, suele emplearse, además de la cirugía y/o radioterapia, tratamientos endocrinológicos (fundamentalmente, análogos de la GnRH), que pueden repercutir en la respuesta sexual. Existe una polémica entre la prostatectomía con preservación neurológica y la radioterapia, en cuanto a conservar la función eréctil¹³. La cirugía de la hipertrofia benigna de la próstata no suele producir problemas eréctiles, pero puede plantear problemas de eyaculaciones retrógradas.

Cirugía en ambos sexos

Se pueden producir alteraciones en el funcionamiento sexual en la linfadenectomía retroperitoneal, en la cirugía vascular, en la cirugía intestinal y, sobre todo, en las ostomías.

El estoma es una derivación del intestino (colostomía) o uréteres (ureterostomía) a través de la pared abdominal. En general, estos pacientes suelen presentar importantes alteraciones psicológicas que interfieren con la sexualidad. En un porcentaje muy elevado de los varones, aparecen disfunciones eréctiles y trastornos eyaculatorios.

Otras

Se incluyen: hepatopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), traumatismos mayores en la pelvis y el raquis, obesidad mórbida, hernias inguinales extensas, aterosclerosis, sida, ciertas dermatopatías, etc.

Finalmente, hay que tener en cuenta la sexualidad de los discapacitados. Según la OMS, hay discapacidades físicas, sensoriales, viscerales y mentales. Existen muchos mitos en torno a la sexualidad de estos sujetos, algunas personas creen que los discapacitados no tienen sexualidad, o lo que es peor, que no tienen derecho a tenerla y a practicarla. Sólo analizaremos las alteraciones de la sexualidad en las lesiones de la médula espinal, por su interés y por ser una de las más estudiadas.

Lesión medular

En la actualidad, fundamentalmente por el incremento de los accidentes de tráfico y otros traumatismos, se está produciendo un aumento de las lesiones que afectan a la médula espinal. Las lesiones de la médula espinal se producen por fracturas o luxaciones vertebrales, grandes contusiones e incluso por heridas, sobre todo por arma de fuego (en estos casos suelen ser incompletas).

En caso de lesión completa, la lesión produce una paraplejía (parálisis de las extremidades inferiores) o una tetraplejía (parálisis de las 4 extremidades), junto con la pérdida de todas las sensaciones corporales por debajo del punto donde esté localizada la lesión neurológica; habitualmente, se pierde el reflejo urinario e intestinal y se altera de forma importante la función sexual. Las repercusiones funcionales de una lesión medular, en la esfera urogenital, dependen tanto del nivel de la lesión como del carácter completo o incompleto del déficit neurológico.

En el varón, si la lesión es completa, muchos de los afectados pierden la capacidad de tener erecciones espontáneas. La mayoría de estos pacientes se convierten en estériles, por atrofia de los tubos seminíferos y por la pérdida de la capacidad de eyacular. Los pocos que conservan el reflejo eyaculatorio suelen tener eyaculaciones retrógradas. Sin embargo, las células de Leydig no se alteran, por lo que la testosterona se mantiene en cifras normales, lo que explica la persistencia de la libido. Si la lesión medular es parcial, las repercusiones son menores, ya que el 75% de los afectados puede mantener relaciones sexuales.

En la mujer, en caso de lesión completa, se reduce de forma importante la lubricación vaginal y la respuesta orgásmica. La persistencia del ciclo menstrual hace que las mujeres parapléjicas se sientan femeninas. Se ha afirmado que el menoscabo sexual es menor en la mujer que en el varón, ya que ésta pueden seguir realizando el coito a pesar de la lesión; aunque fisiológicamente es cierto, de alguna forma esto refleja el papel pasivo tradicionalmente asignado a la mujer. Las mujeres pueden mantener actividad coital y quedarse embarazadas sin problemas, ya que el ciclo

ovárico no se ve afectado. Las pacientes parapléjicas suelen parir sin complicaciones y muchas de ellas sin dolor.

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL Y CONSEJOS

El reajuste sexual debe contemplarse como parte de la rehabilitación integral de estos pacientes, ya que la salud sexual influye positivamente en la mejora de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales¹⁴. Por tanto, se debe plantear el consejo sexual de forma sistemática e individualizada.

El instrumento más importante de evaluación de una disfunción sexual es una entrevista clínica con la persona afectada y su pareja, si existe. Se debe realizar una correcta historia sexual, en la que se tendrán en consideración los siguientes aspectos: estado sexual actual, funcionamiento sexual previo, estado de la relación de la pareja y aspectos médicos, prestando especial atención a los tratamientos farmacológicos. Se debe revisar el tratamiento farmacológico, suspendiendo, cambiando o ajustando aquellos medicamentos que puedan relacionarse con la disfunción sexual.

Finalmente, si no es posible el coito, se aconsejará la actividad sexual no coital y, en caso necesario, se debe solicitar la intervención de un sexólogo.

Consejos sexuales a los pacientes oncológicos

1. La información del proceso es fundamental y se debe incluir al compañero sexual. Se plantearán las posibles alternativas terapéuticas y las repercusiones futuras.

2. La reanudación de la actividad coital a de valorarse individualmente; en caso de cirugía mamaria, se aconsejará de forma inmediata y, en la cirugía genital, en unas 6 semanas.

3. Es importante remarcar al compañero/a la necesidad de la proximidad física y afectiva, y la intimidad.

4. Consensuar posturas facilitadoras (p. ej., en personas ostomizadas, la posición posterior).

5. Todos los pacientes oncológicos en edad fértil deben ser advertidos del riesgo del tratamiento y ser aconsejados con respecto a las alternativas para conservar la fertilidad: criopreservación (semen, ovocitos, embriones, tejido ovárico) y protección gonadal.

6. En caso de dispareunia femenina, se debe valorar la utilización de hidratantes vaginales y/o tratamientos estrogénicos locales. En caso de mastectomía, se debe ofertar la reconstrucción mamaria.

7. En el seguimiento del cáncer es fundamental preguntar si existen problemas o preocupaciones se-

xuales, ya que uno de los aspectos más importantes en la restauración de la calidad de vida del paciente con cáncer es la "rehabilitación" de su vida sexual.

Consejos sexuales a los pacientes coronarios

1. Es importante la información sexual de los infartados, para reducir la ansiedad y eliminar ideas erróneas; asimismo, hay que hablar con el otro miembro de la pareja.

2. Las relaciones sexuales pueden iniciarse a las 2-4 semanas del alta hospitalaria.

3. Se debe evitar la actividad sexual en circunstancias donde el sistema cardiovascular esté sobrecargado: comidas copiosas, ingesta de alcohol, cansancio, etc.

4. Debe efectuarse un estudio de la tolerancia cardiovascular para el sexo.

5. Se debe tratar la disfunción eréctil, si existiera.

6. Se debe complementar el consejo sexual con un programa de rehabilitación para mejorar la tolerancia al esfuerzo y la modificación de factores de riesgo.

Consejos sexuales a los pacientes diabéticos

1. Correcto control de la enfermedad y enfermedades asociadas.

2. Supresión de tóxicos (tabaco, alcohol, etc.).

3. En la mujer, valorar el uso de lubricantes vaginales y estrógenos locales.

4. En el varón, tratar la disfunción eréctil, si fuese necesario.

5. Se debe de informar de que la ausencia de erección o lubricación, o las dificultades, no conllevan una pérdida de la gratificación propia y de la pareja.

Consejos sexuales a los lesionados medulares

1. Hay que prestarles un adecuado asesoramiento, ya que la sexualidad ocupa un lugar muy importante en estos pacientes.

2. Posición coital: si se realiza con el paciente tumbado, puede ser útil la utilización de un colchón de agua, ya que los movimientos del compañero se transmiten a través del líquido. Si el varón está sentado, la mujer puede colocarse sobre él de espaldas.

3. Tratar, si fuese preciso, la disfunción eréctil.

4. La sonda vesical puede plantear algún problema. En la mujer, se aconsejará que la separe lateralmente para permitir la penetración; asimismo, se recomendará la utilización de lubricantes. El varón tiene 2 alternativas: quitarse la sonda previamente al coito o doblar la sonda a lo largo del pene y colocarse un preservativo lubricado encima.

Bibliografía

1. Finger WW, Lund M, Siagle MA. Medications that may contribute to sexual disorders. *J Fam Pract.* 1997;44:33-43.
2. Schover LR, Jensen SB. Sexuality and chronic illness: a comprehensive approach. New York: Guilford Press; 1988.
3. Taylor HA Jr. Sexual activity and the cardiovascular patient guidelines. *Am J Cardiol.* 1999;84:N6-10.
4. Kolodny RC, Masters WH, Jonson VE, Biggs MA. Manual de sexualidad humana. Madrid: Pirámide; 1982.
5. Bancroft J, Gutierrez P. Erectile dysfunction in men with and without diabetes mellitus, a comparative study. *Diab Med.* 1996;13:84-9.
6. Palmer BF. Sexual dysfunction in uremia. *J Am Soc Nephrol.* 1999;10:1381-6.
7. Ayoubi JM, Fanchin R, Monrozies X, Imbert P, Reme JM, Pons JC. Respective consequences of abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;111:179-82.
8. Yazbeck C. La fonction erotique après hysterectomie. *Gynecol Obstet Fertl.* 2004;32:49-54.
9. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA.* 1999;282:1934-41.
10. Schover LR, Yetman RJ, Tuason LJ, Meisler E, Esselstyn CB, Hermann RE. Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body imagen, and sexuality. *Cancer.* 1995;75:54-64.
11. Valle J, Clemons M, Hayes S, Fallowfield L, Howell A. Sexuality in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Ann Oncol.* 1997; 8:616-8.
12. Berglund G, Nystedt M, Bolund C, Sjoden PO, Rutquist LE. Effect of endocrine treatment on sexuality in premenopausal breast cancer patients: a prospective randomized study. *J Clin Oncol.* 2001;19:2788-96.
13. Ward JF, Zincke H. Radical prostatectomy for the patient with locally advanced prostate cancer. *J Curr Urol Rep.* 2003;4:196-204.
14. Kaplan HS. La nueva terapia sexual. Madrid: Alianza Editorial; 1974.