

¿Cómo afecta el dolor crónico a la sexualidad?

Clifford Gevirtz, MD, MPH

MUCHOS PACIENTES CON DOLOR crónico consideran que sus síntomas de dolor son el principal obstáculo para disfrutar de relaciones sexuales con su pareja. Debido a esto, y a los cambios endocrinos que ocurren con el paso del tiempo secundarios a la medicación, preguntar acerca de los antecedentes sexuales es importante cuando valore a un paciente con dolor crónico. He aquí lo que usted necesita saber.

Obtenga la historia sexual

Establezca una relación con su paciente antes de obtener la historia sexual a fin de fomentar una explicación precisa y detallada. Una buena historia sexual debe incluir información sobre:

- El problema tal y como lo describe el paciente.
- El estado civil del paciente.
- El número de parejas sexuales anteriores.
- La identidad de la actual pareja o parejas y la duración de la relación.
- El número de hijos, y si viven con el paciente.
- Cualquier fuente de estrés al que la familia esté sometida, incluidas las preocupaciones financieras.

Valore también el dolor en referencia a la actividad sexual. Por ejemplo, ¿ella tiene dispareunia (coito doloroso)? En caso afirmativo, ¿el dolor comienza antes, durante o después del coito? ¿La situación o posición provoca el dolor o ocurre al azar? ¿Dónde aparece el dolor y cuáles son sus cualidades? ¿Se acompaña de otras disfunciones sexuales, tales como lubricación insuficiente?

Explore también la historia clínica del paciente, por ejemplo, los antecedentes obstétricos de la mujer. Documente los antecedentes del paciente relacionados con cirugía abdominal, radioterapia, enfermedades de transmisión sexual o alteraciones dermatológicas como el eccema.

El vínculo entre los medicamentos para el dolor y la disfunción sexual puede permanecer oculto, a menos que los proveedores de atención clínica examinen específicamente las cuestiones sexuales con los pacientes. Muchos medicamentos comúnmente prescritos para el dolor producen reacciones adversas que interfieren con el funcionamiento sexual. Por ejemplo, los antidepresivos, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los antiespasmódicos, los opiáceos, las benzodiazepinas y la clorpromazina pueden causar disfunción eréctil y disfunción orgásmica. Los antidepresivos, los opiáceos, las benzodiazepinas y la clorpromazina también pueden disminuir el deseo sexual. La clorpromazina puede causar priapismo (erección dolorosa de más de 4 h de duración).

Varios medicamentos para el dolor, cuando se toman de forma crónica, pueden afectar a varios sistemas endocrinos. El uso crónico de opiáceos, por ejemplo, puede dar lugar a hipogonadismo, llevando a la disminución de la función sexual, cambios en la función tiroidea (que puede dar lugar a cambios de peso) y cambios hormonales en la respuesta al estrés.

Cómo intervenir

Las intervenciones terapéuticas para los pacientes con dolor crónico y disfunción sexual incluyen terapia sexual, medicación, preparaciones tópicas y posturas alternativas que reduzcan o eviten el dolor.

- **Posiciones.** Algunas posiciones sexuales pueden agravar el dolor de espalda en las lumbares, por ejemplo, debido a la estenosis espinal. Asesore al paciente para que pruebe otras posiciones o el medio relativamente ingravatorio de una piscina o jacuzzi.
- **Lubricación.** Un paciente con disfunción hormonal o autonómica significativa puede beneficiarse del uso de un lubricante tópico personal.

La administración de suplementos de estrógenos es controvertida debido al aumento del riesgo de episodios cardiovasculares y un posible vínculo con el aumento de riesgo de cáncer de mama.

• **Fármacos para la disfunción eréctil.** Un paciente masculino que toma medicación para el dolor que interfiere con la erección puede probar con inhibidores de PDE-5 (como el sildenafil, el vardenafilo o el tadalafilo) útil, a menos que esté contraindicado. Si su médico no está familiarizado con la prescripción de estos medicamentos, puede sugerirle una consulta con un especialista.

• **Terapia sexual.** Si usted no se siente cómodo hablando de cuestiones sexuales con su paciente o éste precisa ayuda adicional, busque una consulta formal de terapia sexual. En la web de la American Association of Sexuality Educators (<http://www.aasect.org>) puede encontrar una lista de terapeutas sexuales acreditados. Dependiendo de la situación del paciente, puede estar indicada la consulta con un urólogo o con un ginecólogo.

Muchos pacientes se sienten incómodos al abordar temas sexuales, por lo que los profesionales de la salud deberían tomar la iniciativa para valorar los problemas. Tenga en cuenta que la disfunción sexual está vinculada a muchas enfermedades crónicas y a medicamentos para el dolor, y estimule a su paciente a buscar ayuda tal como se indica. Los días de sufrimiento en silencio deben acabarse. **N**

BIBLIOGRAFÍA

- Daniell HW. Hypogonadism in men consuming sustained-action oral opioids. *Journal of Pain*. 3(5):377-384, October 2002.
- George S, et al. Review of neuroendocrine correlates of chronic opiate misuse: Dysfunctions and pathophysiological mechanisms. *Addictive Disorders and Their Treatment*. 4(3):99-109, September 2005.
- Gevirtz C. The impact of chronic pain on sexuality. *Topics in Pain Management*. 23(1):1-5, August 2007.

Clifford Gevirtz es profesor asociado clínico del departamento de anestesiología de la Universidad del Estado de Luisiana en Nueva Orleans, director médico de *Somnia Pain Management* en Harrison, Nueva York, y editor de *Topics in Pain Management*.