Artículo original

2

M^l. J. Casado Dones
B. de Andrés Gimeno
C. Moreno González
C. Fernández Balcones
R. M^l. Cruz Martín
C. Colmenar García

Enfermeras de la Unidad Coronaria del Hospital Universitario Clínica Puerta de Hierro.

Correspondencia:
M. J. Casado Dones
C/León Felipe, 1
28220 Majadahonda. Madrid

La sexualidad en los pacientes con infarto agudo de miocardio

Sexuality in acute myocardial infarction patients

RESÚMEN

En nuestro trabajo como enfermeras de la Unidad Coronaria, se comprueba que la sexualidad de los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) no suele ser abordada por enfermeras ni usuarios. Se intenta en este artículo analizar las causas y resaltar la importancia de que el personal de enfermería conozca el tema y lo integre en el plan de cuidados de forma habitual.

Se expone los temores y creencias erróneas que se ha identificado entre nuestros pacientes. El IAM no afecta a la función sexual física de las personas, pero factores relacionados (edad, factores psicológicos, medicamentos, patologías asociadas...) sí pueden hacerlo.

Un ambiente tranquilo, un plan de ejercicio físico adecuado y la búsqueda de alternativas individualizadas pueden facilitar al paciente la reanudación de su actividad sexual satisfactoriamente.

PALABRAS CLAVE

Sexualidad. Infarto agudo de miocardio. Reanudar la actividad sexual.

SUMMARY

We as nurses in the Coronary Unit do not see the sexuality of the patients sufficiently addressed neither by us nor by the patients themselves. In this article we are trying to analyze the reasons and to emphasize the need to include this subject in our Nursing Problem List.

In it we explain the fears and the wrong ideas that we have identified in our patients. The sexual function is not affected by a myocardial infarction but psychological factors, age, drugs and other associated diseases might be a reason.

A quiet environment, a fit training plan and looking for personalized alternatives may help the patient to start a satisfactory sexual life again.

KEY WORDS

Sexuality. Acute myocardial infarction. Resume sexual activity.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que ingresan en una unidad coronaria con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) se encuentran en una situación de riesgo vital. En la mayoría de los casos se ven conscientes, sometidos al estrés que supone el ingreso en una unidad de alta tecnología y el conocimiento de su situación. Hoy en día, el público en general tiene clara la idea de que los hábitos de vida no saludables son en parte culpables de esta enfermedad. En el cuidado de los pacientes con IAM, como en los afectados por cualquier otro problema de salud, se incluye cada vez más la educación para la salud con vistas a su recuperación, prevención de posibles complicaciones y reinserción socio-familiar al alta.

El personal de enfermería, por su continuo contacto con el paciente en diversas situaciones durante su estancia hospitalaria, por su preparación multidisciplinar y visión holística del paciente, se encuentra en situación ideal para ejercer esta labor educativa y de información.

El aspecto concreto de la sexualidad y la recuperación de la actividad sexual tras el alta se ha dejado de lado durante mucho tiempo por considerarse un tema privado, tabú y vergonzoso, tanto para los pacientes como para el propio personal sanitario. Afortunadamente, la sociedad está cambiando en este como en otros aspectos, por lo que pretendemos aportar nuestra experiencia a todas las enfermeras que trabajan con este tipo de pacientes.

En la elaboración de este artículo nos hemos encontrado con que la mayoría de manuales, folletos informativos, e incluso literatura profesional, tocan este aspecto de manera muy superficial, sin ofrecer alternativas completas ni estudiar las verdaderas cuestiones que preocupan a las personas afectadas. Por ello hay en estas líneas mucho de nuestra propia experiencia, adquirida a través de años dedicados al cuidado y atención integrales a nuestros pacientes.

IMPORTANCIA DE LA SEXUALIDAD

La vivencia de la propia sexualidad es un acontecimiento íntimo, privado, parcialmente compartido en

ocasiones. Puede verse influenciada por multitud de factores: físicos (edad, sexo, estado de salud, incapacidades, fármacos,...), educativos (falta de conocimientos o creencias erróneas), religiosos, morales y familiares (existencia o no de pareja estable,...), psíquicos (depresión, duelo, temor,...) y sociales (patrones sexuales "mal vistos",...).

Cada vez más, los individuos actuales no se limitan al rol reproductivo tradicionalmente unido a la sexualidad, esta se ve también como un instrumento de relación personal, de intercambio, de placer. Pero aún seguimos encontrando personas (sobre todo entre la población de edad madura, que es la que con más frecuencia ingresa debido a un infarto de miocardio) que consideran que el objetivo de la relación sexual es básicamente la reproducción. Esto es más común en las mujeres de esta edad, a las que los tradicionales tabúes les impedían disfrutar con el sexo. Para la mayoría de los varones, el sexo podía también ser fuente de placer, pero al mismo tiempo muchos lo consideran una medida de su hombría, de su valor como cabeza de familia y como proveedor de sustento a la misma¹.

La vivencia de una sexualidad sana, entendiendo como tal la que el individuo elige sin sentirse obligado ni restringido y sin producir daños a otros, ayuda al paciente coronario a sentirse mejor física y psíquicamente. Una actividad sexual adecuada a sus circunstancias disminuye su temor al ejercicio, le ayuda a relajarse y refuerza su autoestima.

Como enfermeras podemos identificar los siguientes diagnósticos potenciales^{2,3}.

Disfunción sexual

Cuando el paciente percibe su función sexual como insatisfactoria o inadecuada, limitada por su nueva situación de salud. Puede estar relacionada con alteraciones físicas que más adelante comentamos o más frecuentemente con falta de conocimientos y/o creencias erróneas.

Alteración de los patrones de sexualidad

Si el individuo expresa preocupación, limitaciones o cambios negativos en su sexualidad. Suele estar rela-

- 4 cionado con falta de conocimientos o habilidades para buscar alternativas a los nuevos condicionantes impuestos por la enfermedad.

CÓMO ABORDAR EL TEMA DE LA SEXUALIDAD

Es importante que el personal encargado de la educación en sexualidad esté familiarizado con el tema: conocimiento de la respuesta sexual humana, de las diferentes formas de manifestar la sexualidad, de los problemas funcionales y sus posibles soluciones... Debemos sentirnos cómodos con el tema, ya que nuestro nerviosismo sólo contribuye a fomentar el del paciente³. Nuestra actitud debe ser profesional, imparcial y respetuosa con los deseos y creencias de nuestro interlocutor⁴. Una gran parte de nuestros pacientes son varones de mediana edad y tengamos en cuenta que muchos se sentirán cohibidos al tener que tratar estos temas con una persona del sexo opuesto y generalmente más joven.

Puede resultar útil comenzar proporcionándoles información escrita para introducir el tema, ofreciéndonos para aclarar sus dudas cuando la hayan revisado. Les explicaremos que estamos cualificados para proporcionar una información adecuada, veraz y útil, o remitirles a otros profesionales más adecuados en caso necesario. Les animaremos a expresar sus dudas y temores, escuchándoles con atención y respeto⁴.

Si se puede, se buscará un entorno privado para hablar del tema y procuraremos disponer de tiempo suficiente para que la conversación se desarrolle naturalmente, sin necesidad de urgir al paciente a expresarse. Por supuesto, se le garantiza la confidencialidad de esta conversación. Si existe pareja estable y ambos lo desean, se le implicará en el plan terapéutico y educativo en la medida de lo posible^{3,5}.

Debemos utilizar un lenguaje comprensible, sin tecnicismos que el paciente pudiera no entender, aclarando el significado de cualquier término o expresión familiar que pudiese ser malinterpretada³. Nos encontramos personas con falta de conocimientos o creencia erróneas sobre aspectos fundamentales de anatomía y fisiología sexual⁴.

Si mientras realizamos nuestras actividades de cuidado al paciente este pregunta directamente sobre su sexualidad, intentaremos resolver sus dudas, explicándo-

le que es un tema amplio y complejo que requiere tiempo y asegurándole que buscaremos un momento adecuado para ello. Siempre tendremos en cuenta que es posible que esta sea una de sus preocupaciones principales tras el infarto. Muchos pacientes no preguntan por temor a una respuesta no deseada (como una prohibición).

Otras veces no se demanda la información por temor a ser considerado un "obseso" o un "viejo verde"; se pueden llegar a sentir culpables por estar pensando en el sexo cuando aún no han salido del hospital. De nuevo aquí es muy importante la actitud de la enfermera, transmitir el mensaje de que es una preocupación natural. Una buena fórmula para iniciar el acercamiento puede ser decirles que muchos pacientes en situación similar a la suya se sienten preocupados por su futura sexualidad, aunque temen preguntar o no saben cómo hacerlo.

Finalmente podemos encontrar pacientes que simplemente no desean reanudar su actividad sexual. Esta es una opción personal, por lo que después de asegurarnos que no responde a una falta de información o a creencias erróneas, respetaremos su decisión. Para algunas mujeres el problema simplemente no existe. La mayoría de las pacientes con cardiopatía isquémica han pasado la edad de la menopausia, muchas de ellas tienen el concepto de la sexualidad con fin reproductor y su educación no les ha permitido nunca disfrutar del sexo. Para estas mujeres, el final de su vida sexual es una liberación. Sin duda una adecuada terapia sexual podría ayudarlas en este sentido, pero en este caso creemos que nuestra labor es meramente orientativa, dirigiendo a la paciente hacia un terapeuta sexual.

Lo ideal sería incluir el tema de la sexualidad en un programa global de Rehabilitación Cardíaca. Por un lado, el paciente comprende así los beneficios de la actividad física, y por otro creamos el clima de confianza adecuado para tratar un tema tan delicado.

Los objetivos de la Rehabilitación Cardíaca son^{6,7}:

- Controlar los factores de riesgo (prevención secundaria).
- Mejorar la autoconfianza.
- Aumentar la capacidad para el ejercicio físico.
- Reinsertar al paciente en su familia, trabajo y sociedad.

- Disminuir la mortalidad (entre un 20 y un 30% menor).
- Proporcionar, en definitiva, la educación sanitaria que precisan para responsabilizarse de su salud, con vistas a su total re inserción.

El paciente generalmente reanudará su actividad sexual después del alta, y es precisamente entonces cuando surgirán la mayoría de problemas y dudas. Recomendamos incluir el tema de la sexualidad en la coordinación entre el Hospital y Atención Primaria, a través principalmente del informe de enfermería de alta. Proporcionaremos así al paciente un profesional de referencia para futuras consultas y aclaraciones⁵.

TEMORES MÁS HABITUALES DE LOS PACIENTES

Los expertos sugieren que los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio suelen reanudar su actividad sexual de tres a seis meses tras el alta, sin diferencias significativas entre varones y mujeres. Aproximadamente la mitad disminuye notablemente su actividad sexual, y casi un 10% de los varones sufre impotencia^{5,8}. La mayoría de estos problemas tienen su origen en factores más psicológicos que físicos, puesto que los cardiólogos recomiendan reiniciar la actividad sexual tras el alta o transcurridas dos semanas desde el infarto de miocardio si no ha habido complicaciones^{5,8,9}.

Los temores más habituales son:

1. *No poder*. Se teme "no dar la talla", no lograr la erección, cansarse demasiado pronto,...
2. *También hay temor a la propia falta de confianza*, "si me pongo nervioso y me quedo a medias"...
3. *Miedo al dolor, a la recaída, a la muerte*.

En realidad, un infarto de miocardio no tiene porqué afectar al correcto funcionamiento de los órganos sexuales. Sí es cierto que esta patología es más frecuente en las personas de edad madura y avanzada, que comienzan a tener cambios en su sexualidad por factores hormonales relacionados con la edad, y que erróneamente achacan al infarto. En los varones mayores la erección es más lenta y difícil y se alarga el período refractario (recuperación entre un coito y otro). En las

mujeres posmenopáusicas la vagina pierde grosor, elasticidad y lubricación, con lo que la penetración puede llegar a ser dolorosa. En ambos sexos, el orgasmo se hace menos intenso, el varón incluso puede sentirse satisfecho sin necesidad de eyacular. En otros casos las intervenciones quirúrgicas de la zona genital u órganos reproductores pueden hacer pensar al paciente que se ha deteriorado su funcionamiento sexual (la prostatectomía y la histerectomía no producen un deterioro físico de la capacidad sexual)¹.

Algunos pacientes afectados de cardiopatía isquémica tienen además otros problemas de salud añadidos (obesidad, tabaquismo, hipertensión...) que pueden afectar a la función sexual. Por ejemplo, la diabetes o la arteriosclerosis afectan directamente al aparato circulatorio y por lo tanto al riego sanguíneo de los órganos sexuales.

También el uso de determinados medicamentos puede alterar la función sexual⁵. Los betabloqueantes, ampliamente utilizados en el tratamiento de la cardiopatía isquémica, bloquean el arco reflejo que regula el flujo de sangre a la región pélvica y peneana¹. Algunos antidepresivos y sedantes producen un bloqueo en la inervación autónoma de las glándulas sexuales. También pueden afectar a la función sexual algunos antiarrítmicos, diuréticos, la cimetidina y la digoxina. Explicaremos a los pacientes la posibilidad de que aparezcan estos efectos secundarios, así como la importancia de no suspender jamás el tratamiento por su cuenta. En estos casos corresponde al cardiólogo valorar si es conveniente sustituir o suspender el medicamento, o disminuir la dosis.

En cuanto al segundo temor, se dice que el miedo a la impotencia es la causa más importante de impotencia. En situaciones de estrés, el organismo desplaza el flujo de sangre hacia las extremidades para facilitar la huida, disminuyendo el aporte de sangre a zonas que en ese momento no son imprescindibles, como el pene¹. Debido a las connotaciones que la potencia sexual tiene para los varones en nuestra sociedad, es lógico que una pérdida de facultades en este sentido origine una gran preocupación. A esto se añade la sensación de ser un inválido que a veces tienen estos pacientes "ya no sirvo para nada, soy un inútil", y en ocasiones el trauma de una jubilación reciente¹. También es frecuente sentirse observado por la pareja, temero-

6 sa ante la perspectiva de provocar un nuevo evento isquémico⁵.

Quizá el más arraigado es el miedo a sufrir otro infarto e incluso a morir durante el coito. Esto es especialmente notable en pacientes que ya han sufrido un infarto durante su actividad sexual. En realidad, un mínimo porcentaje de muertes súbitas se produce durante la realización del acto sexual¹. Aunque se tiene la idea de que esta es una actividad que requiere un esfuerzo cardíaco desmesurado, en realidad se equipara al aumento de frecuencia cardíaca que se produce al subir dos o tres pisos de escaleras (110-130 latidos/minuto), con un esfuerzo máximo que dura 10 a 15 segundos y un gasto energético bastante moderado^{5,8-11}. El resultado de la prueba de esfuerzo puede orientar respecto a cuál será la respuesta del paciente a cualquier actividad física, incluida la sexual^{5,8}.

En el caso de las parejas sexuales no habituales, el estrés añadido por la mayor exigencia (la necesidad de "quedar bien"), posiblemente una mayor excitación y la culpabilidad que pueden sentir si es una relación extraconyugal, en muchos casos acompañados por excesos en la comida y la bebida, aumentan la frecuencia y el trabajo cardíacos^{1,5,8}. Se recomienda esperar más tiempo para reiniciar estas relaciones que las habituales. Pese a todo ello, sigue habiendo bajo riesgo de muerte súbita durante el coito¹.

EL NUEVO FÁRMACO SILDENAFILO

En España, unos dos millones de hombres de entre 25 y 70 años padecen disfunción eréctil. Los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio pueden también padecer este trastorno, ya que los factores de riesgo son en gran medida comunes para ambas patologías (aterosclerosis, diabetes, tabaquismo, hipertensión...). Los pacientes cardiopatas pueden beneficiarse del uso del nuevo fármaco sildenafil, que ya ha sido probado con éxito en grupos de estos pacientes¹². Siempre deberá consultar con su cardiólogo la conveniencia de tomar este medicamento. Puesto que es un vasodilatador mixto (su mecanismo de acción se produce a través de la relajación del músculo liso y la vasodilatación arterial del pene), provoca una modesta reducción de la presión arterial, generalmente bien tolerada e indepen-

diente de las dosis. No se han observado efectos significativos sobre la frecuencia cardíaca. Otros efectos adversos no cardiovasculares, como cefalea, dispepsia o rubor facial, son también bien tolerados¹².

Es importante destacar que el sildenafil está contraindicado en pacientes que sigan tratamiento con nitratos^{5,12}, orales o en parches cutáneos. El efecto hipotensor de ambos medicamentos se potencia de forma sinérgica, pudiendo llegar a producir crisis de hipotensión arterial severa. Igualmente, el paciente que tome sildenafil no puede utilizar nitroglicerina sublingual en caso de dolor torácico. En estos casos el paciente deberá permanecer en reposo y si en 20 ó 30 minutos no ha desaparecido el dolor, acudirá al servicio de urgencias más próximo. Resaltaremos al enfermo lo importante que es que informe al personal sanitario que lo atiende en urgencias de que está tomando el sildenafil, sin sentirse avergonzado por ello, para que puedan prevenir posibles reacciones de su organismo.

En combinación con otros fármacos de uso habitual en estos pacientes, como betabloqueantes, diuréticos, calcioantagonistas o inhibidores de la ECA, no se han detectado episodios significativos de hipotensión¹².

CONSEJOS PRÁCTICOS

Es conveniente reanudar la actividad sexual poco a poco, sin exigirse "maratones" ni proezas, ni mucho menos si no se está acostumbrado. Cuanto menor es la exigencia, mayor es la capacidad para dar y recibir placer. Lo ideal es hacerlo en un ambiente tranquilo, sin interrupciones, evitando temperaturas extremas y con una pareja de confianza. Se debe evitar el consumo excesivo de comida (y de bebida, por supuesto) en las horas previas a la actividad sexual; en general se recomienda esperar dos o tres horas tras las comidas⁵. Los sexólogos señalan la mañana como el momento ideal para la práctica del sexo para cualquier persona, enferma o sana, por ser el momento en que el organismo se encuentra más descansado. Los pacientes que hayan sufrido episodios previos de angina durante la actividad sexual pueden comentar con el cardiólogo la posibilidad de tomar un comprimido de nitroglicerina sublingual unos diez minutos antes del coito^{5,9}, dejando que

el medicamento se disuelva completamente antes de iniciar la actividad. Si utiliza parches de nitroglicerina en el pecho y le resultan antiestéticos (habitualmente es el caso de las mujeres), puede colocarlos en zonas corporales más "discretas", como la espalda o los laterales del abdomen.

Cada paciente debe buscar una actividad acorde con sus gustos, valores y capacidades⁴. Puede ser conveniente comenzar por la masturbación (siempre que esta no plantee problemas de culpabilidad al paciente), ya que exige menor esfuerzo físico que el coito y elimina el temor a la reacción de la pareja. Una vez que el individuo comprueba que puede alcanzar el orgasmo, y que puede hacerlo sin que aparezca dolor torácico, le será más fácil realizar el acto sexual con su pareja.

Otras alternativas son la estimulación mutua de la pareja, o buscar posturas para el coito que disminuyan el trabajo del afectado. El o la paciente no debe colocarse sobre su pareja, ya que esta posición aumenta mucho el esfuerzo a realizar. Puede colocarse debajo, en postura más descansada y cómoda, siempre que esto no limite su capacidad respiratoria. También pueden colocarse ambos de costado. Cuando hay algún grado de insuficiencia cardíaca, evitar el decúbito y elegir posiciones más incorporadas¹. Incluso es posible valorar recurrir a un aporte extra de oxígeno si fuera preciso.

Se aconseja reanudar la actividad sexual después de haber iniciado otro tipo de ejercicio, como el paseo y carrera suave, la natación o la bicicleta (ejercicios dinámicos). En cualquier caso se recomiendan ejercicios de tipo aeróbico (suaves y moderados), comenzando por sesiones cortas de 20 a 30 minutos, tres veces a la semana, y aumentando progresivamente. Siempre se debe iniciar y abandonar el esfuerzo lentamente, con un período de calentamiento de cinco a diez minutos y otro de enfriamiento y relajación de similar duración^{4,13}. El entrenamiento físico:

- Contribuye a controlar los factores de riesgo (obesidad, hiperlipidemias, hiperglucemia...)
- Mejora la circulación colateral coronaria, aumentando el umbral de angina.
- Disminuye la frecuencia cardíaca de reposo y el consumo de oxígeno.
- Disminuye el trabajo respiratorio y la disnea durante el ejercicio.

Todo ello contribuye a que el paciente se sienta más seguro de sí mismo. 7

Es normal que durante la actividad sexual aumenten las frecuencias respiratoria y cardíaca, lo cual no debe alarmar al paciente. Sólo si existe dolor torácico, disnea muy importante, sensación de ahogo o palpitaciones acompañadas de malestar, el paciente debe abandonar lentamente la actividad en ese momento. Si el malestar no cede con el reposo o con la nitroglicerina sublingual, acudirá al servicio de urgencias más próximo. En cualquier caso, conviene que consulte con su cardiólogo o médico de cabecera para reevaluar su situación y buscar soluciones.

CONCLUSIONES

La sexualidad humana es un aspecto importante y complejo de la salud física y psíquica de las personas. El reinicio de una actividad sexual satisfactoria para el paciente que ha sufrido un infarto de miocardio es un buen medio de afianzar una percepción positiva de su salud y mejorar su autoconfianza.

Nuestra actitud profesional como enfermeras debe ser abierta y libre de prejuicios, para poder establecer con el paciente la relación terapéutica de confianza que nos permita despejar sus dudas y aclarar los prejuicios y conceptos erróneos que interfieren con su recuperación.

Para desarrollar esa actitud profesional, es importante adquirir conocimientos sobre la respuesta sexual normal, factores que puedan alterarla y alternativas terapéuticas para resolver esas alteraciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scheingold LD, Wagner NN. Corazón Edad Sexualidad. Verlag Medical Tribune 1977.
2. Luis MI. Diagnósticos de Enfermería. Doyma Enfermería. Barcelona 1998;156-9.
3. Luis MI. Diagnósticos de Enfermería. Doyma Enfermería. Barcelona 1998; 165-8.
4. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Consejo General de Enfermería. Madrid 1999;238,9,452,592.
5. Tandeter H, Nieto JA, Pshitzky Z, Tandeter R. Sexualidad tras un infarto de miocardio. *Medifam* 2000;10(8):510-3.

- 8
6. Cabello R, Navajas N, Soriano M, Moreno C. Rehabilitación Cardíaca. *Enferm Intensiva* 1999;10(1):22-9.
 7. Sosa V. Programas de rehabilitación cardíaca. Fundación Española del Corazón. *Rev. Corazón y Salud*, 2000;15:24-5.
 8. Guía del Enfermo Coronario. Dirección general de salud alimentaria y protección de los consumidores. Ministerio de Sanidad y Consumo 1987;6:83-5.
 9. Garda S, Rius J, Wilke M. Consejos para pacientes coronarios. Folleto informativo de la Fundación Hispánica de Cardiología. Barcelona 1993;11.
 10. Caamaño D, Hernández A, Caamaño C, De Teresa E. Qué hacer después de haber sufrido un infarto de miocardio. Folleto informativo de Squibb Industria Farmacéutica, S.A; 22.
 11. De Teresa E, Barrera A. Datos y consejos para después del infarto. Folleto informativo de Grupo Bristol-Myers Squibb; 22.
 12. Zusman RM. Cardiovascular data on Sildenafil citrate. *The American Journal of Cardiology*, 1999;83(5A):1C-2C.
 13. De Teresa C. El ejercicio físico después del infarto de miocardio. Folleto informativo de Squibb Industria Farmacéutica, S.A Patrocinado por la Consejería de turismo y deporte de la Junta de Andalucía; 15-8.