

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen **10**
Volume

Número **3**
Number

Septiembre-Diciembre **2002**
September-December

Artículo:

Actividad sexual en pacientes cardiópatas

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Mexicana de Cardiología

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Medigraphic.com

Actividad sexual en pacientes cardiopatas

Lic. Enf. Estela Díaz Cortina*

* Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares producen alteraciones en la vida sexual de los individuos que las padecen, los pacientes tienen una serie de interrogantes que al no ser resueltas con eficiencia por el equipo multidisciplinario de salud producen inestabilidad emocional e incluso, se han descrito diversos trastornos sexuales relacionados a las cardiopatías. La orientación adecuada y el conocimiento de los cambios y adaptaciones a la nueva vida sexual después de haber sufrido un evento cardiovascular favorece la reanudación de la actividad sexual con plena seguridad y confianza.

Palabras clave: Actividad sexual, cardiopatías, orientación.

ABSTRACT

The cardiovascular illnesses produce alterations in the sexual life of the individuals that suffer them. The patients have a series of queries and when they are not solved with efficiency by the multidisciplinary health team they produce emotional uncertainty and, even more, diverse sexual dysfunctions related to the cardiopathies that have been described. The appropriate orientation and the knowledge of the changes and adaptations to the new sexual life after having suffered a cardiovascular event favor the renewal of the sexual activity with full security and trust.

Key words: Sexual activity, cardiopathies, orientation.

INTRODUCCIÓN

Cuando los pacientes han pasado por un evento de enfermedad cardiovascular y han sido sometidos a cualquier tipo de tratamiento intervencionista, quirúrgico, o tan sólo médico, surgen toda una serie de preguntas acerca de sus actividades cotidianas en un futuro; entre ellas se hacen la pregunta de ¿Puedo tener relaciones sexuales, cuándo? "Me preocupa que me vuelva a doler el pecho". Es por ello importante que el personal multidisciplinario a cargo de los pa-

cientes tenga la información precisa y clara para dar respuesta a ésta y otras preguntas.

Los trastornos sexuales en pacientes con cardiopatía isquémica, sobre todo en aquellos que han padecido un infarto agudo al miocardio, están documentados. Está descrita la existencia de disfunción sexual en porcentajes variables entre el 38 y el 78%. Las alteraciones que más frecuentemente se encuentran en el género masculino son: la disminución de la libido, dificultad para la erección, trastornos de la eyaculación y la impotencia.¹ Con respecto al género femenino, se encuentra con un 65% de disfunción sexual, predominando la frigidez e insatisfacción.

En necesario mencionar que la enfermedad coronaria o de otra etiología puede ser la justificación para la no-reanudación de la actividad sexual, si la relación afectiva de la pareja se encontraba previamente deteriorada. La obesidad, el deterioro de la capacidad física, y en la flexibilidad articular, fenómenos frecuentes en el anciano, pueden dificultar la

Recibido para publicación: 18 de junio 2002
Aceptado para publicación: 14 de octubre 2002

Dirección para correspondencia:
Estela Díaz Cortina
Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"
Juan Badiano No. 1, Colonia Sección XVI; C.P. 14080
Tlalpan, México, D.F.; Teléfono 55 73 29 11.

realización del coito, por la aparición de disnea de origen no cardiológico.

ACTIVIDAD SEXUAL EN PACIENTES CARDIÓPATAS

Efecto de los medicamentos en la actividad sexual

Los fármacos que habitualmente se emplean en el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica, hiperlipidemia, insuficiencia cardíaca y la cardiopatía isquémica pueden producir disfunción sexual. También este efecto ha sido descrito en la utilización de hipolipemiantes, diversos antihipertensivos, betabloqueadores, digoxina, algunos vasodilatadores y diuréticos.

Algunos medicamentos tienen menos inconvenientes, como los inhibidores de la enzima convertidora (IECA) que se utilizan en el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica.

Condiciones dependientes de la cardiopatía

La clase funcional, la presencia de sintomatología, fenómenos psicológicos, el miedo y la depresión juegan un papel importante en la reincorporación social y sexual de los enfermos tras un evento de índole cardiológico o tras una cirugía coronaria o eventos de angina inestable.

La estancia hospitalaria prolongada, después de un episodio agudo produce un descenso fisiológico de la capacidad física. La disnea, la angina o las palpitaciones, son algunos de los síntomas que presentan los individuos que han sufrido un infarto agudo al miocardio (IAM) durante el coito. La falta de información por parte del personal tratante de los pacientes respecto al aspecto sexual incide negativamente sobre los individuos; es posible que los pacientes hayan sido perfectamente estudiados antes de su egreso de un hospital, y que reciban información sobre la medicación que deben tomar, la dieta a seguir, de las citas y seguimiento que van a tener, pero rara vez reciben información sobre los aspectos sexuales.

La reanudación de la actividad sexual suele ser más temprana tras la cirugía coronaria que después de un IAM. La ausencia de actividad sexual en la pareja, tras un IAM, en presencia de relaciones personales en armonía suele ser consecuencia del miedo a la muerte durante el acto sexual. Lo antes expuesto ocurre en un porcentaje muy bajo. Ueno, estudió 5,559 casos de muerte repentina de causas no traumáticas, 34 de ellas eran de origen cardiológico y se produjeron durante el coito y 27 de éstas se produjeron durante una relación con una pareja distinta de

la habitual. Factores externos al coito influyeron de forma importante, como los sentimientos de culpa, necesidad de quedar bien, el que la actividad sexual se efectuara después de comidas copiosas, etcétera.¹

La existencia de actividad sexual previa al fenómeno agudo tiene una gran importancia. En 134 enfermos sometidos a revascularización miocárdica mediante cirugía, Papadopoulos y cols. encontraron que el 91% de los individuos que tenían una actividad sexual normal, la reanudaban posteriormente. Halminton y cols., en 62 enfermos ingresados por IAM, mostraron que todos los pacientes sexualmente activos antes del episodio volvían a tener relaciones. Sin embargo, en un alto porcentaje de las mujeres, la frecuencia de coitos era menor y menos satisfactorios y la incidencia de angina mayor.²

Peligros inherentes al coito

Las demandas fisiológicas al coito en el paciente que ha cursado con un IAM son similares a las de una persona aparentemente sana; existen estudios sobre las respuestas de la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y la posible aparición de arritmias o procesos isquémicos, durante la realización del mismo. La frecuencia cardíaca media durante el orgasmo fue de 117 latidos por minuto, el gasto energético es similar al consumido al subir una escalera de dos pisos.

Estudios como el de Hellerstein y Friedman, mencionan que el gasto energético es alrededor de 5 mets durante el orgasmo, y de 3.7 mets en la fase pre y postorgásmica.

Con respecto a la presión arterial sistólica, ésta alcanza valores de hasta 150–180 mmHg, durante el orgasmo. Valores que deben ser considerados en los pacientes hipertensos mal controlados o sin control médico, ya que el ascenso puede ser superior, incrementando con ello el trabajo miocárdico de forma elevada.

Se ha mencionado que la frecuencia cardíaca no varía con la posición adoptada, sin embargo se ha considerado que cuando el varón se encuentra sobre la mujer, el esfuerzo realizado se encuentra estático y suele incrementar la presión telediastólica del ventrículo izquierdo aumentando el riesgo de arritmias.

Es necesario considerar que existen amplias variaciones en el gasto energético durante el acto sexual, va de 2 a 5 mets, dependientes de múltiples factores: características físicas del individuo, de la pareja, de la situación anímica, de la ingesta abundante de comida previa y de relaciones extra conyugales. La incidencia de arritmias durante el coito, es baja. El porcentaje de angina durante el coito es

de 20% de los casos y parece ser más frecuente en mujeres.

Dory y cols. estudiaron 88 pacientes masculinos con cardiopatía isquémica, con isquemia en prueba de esfuerzo, mediante un estudio ergométrico y registro electrocardiográfico continuo, sus conclusiones fueron:

- Un tercio de los pacientes tienen isquemia silenciosa durante el coito.
- Los enfermos que tenían una ergometría negativa, no presentaban isquemia durante la actividad sexual,
- El porcentaje de isquemia durante la prueba de esfuerzo era superior a la presentada durante la cópula.

Terapia sexual

La disfunción sexual en los pacientes cardíopatas, puede mejorar de forma considerable, siguiendo una serie de pautas, independientemente de la edad y género.

Es necesario el diálogo con la pareja, con el fin de eliminar el miedo a la muerte durante el coito, antes del alta hospitalaria o en los momentos en que se ha realizado el diagnóstico. El frecuente contacto con la pareja puede facilitar el control de alteraciones psicológicas, tales como depresión y ansiedad, así mismo es necesario hablar de la baja incidencia de complicaciones, de los bajos gastos energéticos del coito, inferiores a los demostrados en una prueba de esfuerzo; otra faceta de gran interés es la de mejorar la capacidad funcional del paciente, un programa de ejercicios mejorando la flexibilidad articular, aumentando la capacidad física, facilitará la práctica de la actividad sexual.

La mejoría en el ámbito sexual es consecuencia de la disminución de los deterioros psicológicos y los efectos directos o indirectos de la práctica habitual del ejercicio. Éstos incluyen una menor incidencia de tabaquismo y de obesidad y el ya citado aumento de la capacidad funcional y de la flexibilidad articular, con menor sensación de disnea.

Orientación para reanudar la actividad sexual

Es responsabilidad del personal que trata al individuo informar acerca de:

La reanudación de la actividad sexual después del egreso o de haber sido tratado por un IAM, aunque el paciente no lo pregunte.

Demostrarle que los gastos energéticos son bajos y no tienen importantes riesgos si son capaces de subir dos pisos en escalera, sin datos de angina.

El elegir una habitación confortable y habitual, evitando las temperaturas extremas.

El elegir un momento donde el paciente se encuentre tranquilo y relajado, libre de estrés, quizás lo mejor sea por la mañana, después de una noche de haber dormido bien, o bien después de una siesta.

No es aconsejable tener contacto sexual después de una comida copiosa, haber ingerido alcohol en cantidad, o bien de realizar un ejercicio agotador.

Utilizar una posición habitual y no elegir otras que exigen ejercicios inusuales que puedan crear tensión muscular.

En casos de aparición de angina, taquicardia, disnea u otros síntomas, el paciente deberá pedir ayuda médica especializada, de forma similar a como lo haría si esta sintomatología apareciera de forma independiente a la actividad sexual.

Otra recomendación es que los pacientes reinicien su actividad sexual cuando en conjunto con su pareja así lo decidan, también cuando ellos mismos se sientan "bien" sin angustia para esta actividad.

CONCLUSIONES.

Es importante que el individuo que padece un evento cardiovascular tenga una calidad de vida aceptable a pesar de su trastorno físico, es por ello que uno de los objetivos del paciente es poder reiniciar su actividad sexual con plena seguridad y confianza de que no presentará un nuevo evento de angina de pecho durante el coito, para ello el personal de enfermería debe responder de forma clara las dudas del paciente y de la pareja.

La actividad sexual implica un consumo energético importante, sin embargo no es una práctica contraindicada en los enfermos que han sufrido de un evento isquémico y que éste puede realizar con la adecuada orientación del equipo multidisciplinario que se encuentra a su cuidado y por supuesto de su pareja.

REFERENCIAS

1. Maroto MJ et al. *Rehabilitación cardíaca*. Ed. Olalla Cardiología. España, 1999. p. 525-590.
2. Ginestal GR et al. *Libro de cuidados intensivos*. Tomo I Ed. ELA. ARAN. España, 1991. p. 1039.