

APORTACIÓN DE AUTORES ESPAÑOLES

ENFERMEDADES Y SEXUALIDAD

JUAN JOSÉ BORRÁS VALLS

*Doctor en Medicina, Director del Instituto de Psicología, Sexología y Medicina Espill,
Valencia, España*

FROILÁN SÁNCHEZ SÁNCHEZ

Doctor en Medicina, Máster en Sexología

La etiología de las disfunciones sexuales puede ser orgánica, psicógena o mixta. Vamos a referirnos en este apartado a la enfermedad médica como causa orgánica de disfunción sexual. Numerosas enfermedades médicas pueden inducir trastornos sexuales; en relación a éstos queremos resaltar que, a la hora de realizar su abordaje diagnóstico y terapéutico, es necesario considerar aspectos tan esenciales como la relación de pareja, así como la posible implicación de factores psicológicos y sociales (1), y ello por más evidente que nos parezca el problema médico como origen manifiesto del trastorno sexual.

En los últimos años se han publicado numerosos estudios sobre disfunción eréctil (DE), que constituye una de las patologías más clásicas y prevalentes dentro del capítulo de las disfunciones sexuales (DS), y que gracias a ellos es mejor conocida. Desafortunadamente, no disponemos de suficientes trabajos dirigidos a reconocer la afectación de las otras fases de la respuesta sexual distintas a la de la excitación, tanto en hombres como en mujeres, lo cual es achacable, entre otras causas, a la falta de instrumentos diagnósticos. Para los hombres, la publicación del IIEF (Índice Internacional de Función Eréctil) (2) supuso un importante avance, al convertirse en una herramienta validada, de empleo común y útil tanto para facilitar el diagnóstico individualizado como para realizar estudios epidemiológicos. Para las mujeres, los instrumentos psicométricos de que disponemos ofrecen una evaluación solo parcial de su función sexual (algunas fases), siendo escasos y poco accesibles los validados en castellano. El Cuestionario Evaluador de la Función Sexual de la Mujer FSM (3), recientemente publicado, ha demostrado fiabilidad y validez y permite la evaluación global de la respuesta sexual, pudiendo ser un instrumento útil para abordar las DS en las mujeres, bien con fines de diagnóstico individual, bien con el de realizar estudios poblacionales.

Sería muy complicado y extenso tratar de recoger en tan reducido espacio todos los trastornos orgánicos que inducen las DS, y con más razón cuando se evidencia, cada vez con más claridad, lo difícil que resulta separar «lo orgánico» de «lo psicológico». Se puede afirmar que, en general, cualquier enfermedad médica, a partir de un cierto nivel de afectación, menoscaba la función sexual. Comentaremos las que suscitan mayor interés clínico por su alta prevalencia y por afectar a

personas jóvenes y de mediana edad, con el consecuente pacto sobre amplios periodos del curso vital.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

En realidad, no suelen ser causa orgánica de disfunción sexual, sino que a menudo inducen conductas de evitación actividad sexual (AS) que pueden acabar provocándola.

Es frecuente que los pacientes que han sufrido un IAM tanto hombres como mujeres, estén confusos sobre la conciencia o no de reanudar o mantener AS, ya que no suelen recibir información adecuada del profesional médico, éste su cardiólogo o su médico de familia (MF) (4). Como frases orientativas sobre el nivel de AS en el paciente postinfartado podemos decir que una cuarta parte no la reanuda, la mitad la reducen al 25-75 por ciento de la que tenían con anterioridad y una cuarta parte la reanudan como antes de sufrir el IAM. Así, en España, con una incidencia de IAM que oscila entre 45 000 y 90 000, se puede calcular que de 0 000 a 20 000 postinfartados no reanudarán su AS y de 20 000 a 40 000 la reducirán. Éste es un problema infravalorado, descenso, tanto en la frecuencia como en el nivel de satisfacción de la AS en el postinfartado, arroja cifras similares en hombres y mujeres (5).

Sin embargo, la evidencia científica nos dice que el riesgo absoluto de IAM o muerte inducido por la AS (6) se incrementa de manera escasa, en solo un 0,01 por ciento, entre individuos sanos de mediana edad y del 0,10-0,20 por ciento entre los individuos con riesgo coronario. El esfuerzo físico que requiere la realización del acto sexual es, en general, de intensidad ligera-moderada, y el riesgo de sufrir IAM en situaciones que pueden desencadenarlo (7), como cólera o empuje (odds ratio: 2,3), es similar al que supone la AS (odds ratio durante las dos horas posteriores a ella: 2,5) y desde luego muy superior en el ejercicio físico intenso (8) (odds ratio durante la hora inmediata: 5,9). El riesgo de accidente coronario durante la AS depende de manera importante de «la forma física previa» (práctica habitual de ejercicio físico).

Los pacientes con factores de riesgo cardiovascular y diópatas han de ser categorizados, según su riesgo coronario, en bajo, intermedio (o indeterminado) y alto riesgo por p

del MF, que, siguiendo las recomendaciones de la Conferencia de Princeton (9), debe realizar y dirigir la información sobre AS. En los pacientes de bajo riesgo, si lo desean, se debe aconsejar la reanudación de la AS; los de riesgo intermedio (o indeterminado), habrán de ser evaluados por el cardiólogo que emitirá un informe al MF situándolo en niveles de bajo (pauta ya indicada) o alto riesgo; a los pacientes en situación, de alto riesgo se les debe aconsejar que pospongan la reanudación de la AS para un futuro en el que, después de nueva evaluación y reestratificación por parte del cardiólogo, logren alcanzar el nivel de bajo riesgo, situación en la que se puede aconsejar la reanudación de la AS.

Si surgiesen trastornos sexuales en estos pacientes, el MF los evaluará mediante entrevista personal y examen físico, estudio de aspectos psicológicos relevantes (ansiedad ante el rendimiento, autoestima, signos depresivos, etc.) y pruebas complementarias, derivando a un segundo nivel (sexólogo clínico) a aquellos pacientes que presenten DS de mayor complejidad diagnóstica o terapéutica (10).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

Los pacientes hipertensos varones presentan una incidencia mayor de DE que los normotensos (11, 12), que suele ser generada por mecanismos fisiopatológicos inherentes a la propia enfermedad vascular hipertensiva, pero en otros casos puede aparecer como efecto adverso de la medicación antihipertensiva.

Aunque casi todos los estudios sobre DS vasculogénicas se suelen referir a la DE, la mujer también sufre en su sexualidad las consecuencias de la HTA y demás trastornos vasculares. En la respuesta sexual normal, los mediadores y neurotransmisores que relajan el músculo liso de las arterias y arteriolas (13) inducen un aumento de la lubricación vaginal y del crecimiento del clitoris en longitud y diámetro, similar a la respuesta eréctil en el hombre; cuando se compromete la irrigación arterial de la vagina y del clitoris, esencialmente por lesiones escleróticas, se afecta la lubricación vaginal, con dispareunia, disminución de la sensibilidad vaginal y dificultad orgásmica (14).

A veces la DS suele atribuirse a un efecto secundario de ciertos fármacos antihipertensivos. En general, la información disponible sobre el tema es incompleta, ya que pocos estudios han investigado la relación de la DE con los fármacos hipotensores en ensayos controlados con placebo. La evidencia disponible indica que los diuréticos, betabloqueantes, antiadrenérgicos de acción central (metildopa y clonidina) y vasodilatadores son los fármacos más relacionados con la DE y que los antagonistas de angiotensina (ARA II) y la doxazosina pueden mejorar la función sexual en pacientes hipertensos.

DIABETES

Los trastornos sexuales tienen una incidencia muy importante entre los diabéticos. Diversos estudios realizados en muje-

res diabéticas (15) coinciden en hallar un incremento significativo de trastornos en la fase de excitación sexual (en concreto problemas de lubricación), y aunque dichos estudios también refieren problemas de deseo y anorgasmia, no se correlacionan tan específicamente con la diabetes como los trastornos de excitación.

Paralelamente, en los hombres diabéticos se ve afectada la misma fase, siendo muy prevalente la DE, que afecta con mayor o menor severidad hasta a un 50 por ciento de ellos a partir de los diez años de evolución de la enfermedad. De manera específica, en el diabético la DE suele ser progresiva, aumenta con la edad y el mal control de la enfermedad, no regresa con la normalización de las tasas de glucosa, es bastante resistente al tratamiento y muchas veces irreversible.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Con bastante frecuencia los trastornos en el estado de ánimo generan DS, siendo éstos a veces su forma de inicio, pero también sucede lo contrario: las DS pueden inducir trastornos depresivos. Los pacientes no suelen consultar por problemas sexuales *motu proprio*, de ahí la necesidad de asumir una actitud de búsqueda activa en pacientes de riesgo (16), entre los cuales ocupan uno de los primeros lugares los afectados por trastornos depresivos o tratados con antidepresivos.

En los casos de depresión es corriente la presencia de deseo sexual inhibido y la pérdida de la capacidad para disfrutar de las fantasías sexuales (17), tanto en hombres como en mujeres. Solo en un tercio de los pacientes deprimidos suceden trastornos sexuales mayores (18), como la DE en el hombre y la anorgasmia y la dispareunia en la mujer; en ellos es prioritario el tratamiento de la depresión. No obstante, el abordaje terapéutico combinado (depresión y DS) mejora los resultados de nuestra intervención (19).

DISFUNCIÓN SEXUAL IATROGÉNICA

Los fármacos pueden tener efectos adversos sobre la función sexual a través de mecanismos vasculares, hormonales o neurológicos, pudiendo repercutir sobre cualquiera de sus fases. Hay que tener en cuenta la idiosincrasia medicamentosa en relación a los efectos de los fármacos, especialmente en lo referente a su repercusión sobre la esfera sexual, que diferirá por razones circunstanciales y personales. Una dificultad añadida es la falta de información sobre posibles efectos adversos en el área sexual, de la que suelen adolecer los prospectos informativos de numerosos fármacos.

Diversas sustancias de abuso (cocaína, alcohol, anfetaminas, etc.) son a menudo responsables de DS, de ahí que ante un paciente que manifiesta DS sea imprescindible recabar información sobre consumo actual o reciente de medicamentos y posibles sustancias de abuso («drogas»). En la Tabla 4.1 se muestran los fármacos y las sustancias de abuso que pueden inducir, con mayor frecuencia, DS.

TABLA 4.1

Fármacos y sustancias de abuso que pueden inducir disfunción sexual

Fármaco	Intumescencia	Orgasmo y eyaculación
Psicótropos		
Sedantes hipnóticos	Aumento del deseo en dosis bajas	ER
Antipsicóticos	DSI, DE y PR	
Antidepresivos tricíclicos		A, ER
Trazodona	PR, DE	A, ER
Buspirona (ansiolítico)	Aumento deseo	EP
Apomorfina (antiparkinsoniano agonista dopaminérgico)	Facilita erección	
L-dopa (antiparkinsoniano agonista dopaminérgico)	Incremento deseo	
Fenobarbital (antiepiléptico, hipnótico)	DSI, DE	
Carbamazepina (antiepiléptico)	DE	
Metadona (agonista opiáceo)	DSI, DE	ER
Litio (antimaníaco)	DSI, DE	
Fluoxetina fluvoxamina, paroxetina sertralina (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina)	DSI A, ER	
Antihipertensivos		
Prazosín (ant. alfa1 adrenérgico)	DSI, PR	
Propranolol (betabloqueante)	DE	
Atenolol (betabloqueante)	DE	
Timolol (betabloqueante)	DSI	
Clonidina (agonista adrenérgico alfa2)	DE	
Nifedipina (antagonista del calcio)	DE	
Verapamil (antagonista del calcio)	DSI, DE	
Diltiazem (antagonista del calcio)	DSI	
Tiazidas (diuréticos)	DSI, DE	Dificultad en la eyaculación
Clortalidona (diurético)	DSI, DE	
Espiro lactona (diurético)	DSI, DE	
Reserpina (simpaticolítico)	DSI, DE	Dificultad en la eyaculación
Guanetidina (simpaticolítico)	DSI, DE	Dificultad en la eyaculación
Alfametildopa (simpaticolítico)	DSI, DE	Dificultad en la eyaculación
Antiulcerosos		
Cimetidina	DSI, DE	
Ranitidina	DE (pocos casos)	
Antirreumáticos		
Naproxen		Alteraciones de la eyaculación
Colchicina DSI	(pocos casos)	
Indometacina		Alteraciones de la eyaculación
Otros grupos farmacológicos		
Cardiotónicos (digoxina)	DSI, DE	
Hipolipemiantes (clofibrato)	DSI, DE	
Antimicóticos (ketoconazol)	DSI, DE	
Ortopirinas (sulpiride, metrodopramida)	DSI, DE	
Anticoagulantes (heparina)	PR, DE	
Antiandrógenos (acetato de ciproterona)	DSI, DE	

TABLA 4.1 (continuación)

Fármaco	Intumescencia	Orgasmo y eyaculación
Anticonceptivos orales	DSI	
Interferón	DSI, DE	
Sustancias de abuso		
Alcohol	DE	ER
Cannabis	DSI,	DE
Cocaína	DSI, DE	Alteraciones de la eyaculación
Heroína	DSI, DE	Alteraciones de la eyaculación
Nicotina	DE	

Modificado de Cabello y Lucas (13). DSI: deseo sexual inhibido; A: anorgasmia; DE: disfunción eréctil; EP: eyaculación precoz; ER: eyaculación retardada; y PR: priapismo.

BIBLIOGRAFÍA

- TIFFER, L. (2001): «A new view of women's sexual problems: why new? Why now?». *Journal Sex Research*.
- ROSEN, R. C.; RILEY, A.; WAGNER, G.; OSTERLOH, I. H.; KIRKPATRICK, J., y MISHRA, A. (1997): «The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction». *Urology*, 49. Pp. 822-830.
- SÁNCHEZ, F.; PÉREZ, M.; BORRÁS-VALLS, J. J.; GÓMEZ, O.; AZNAR, J., y CABALLERO, A. (2004): «Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer». *FSM. Atención Primaria*, 34. Pp. 286-292.
- LÓPEZ, V., y SÁNCHEZ, F. (2001): «Sexualidad en pacientes que han sufrido un infarto». *Semergen*, 27-10. Pp. 516-521.
- DRORY, Y.; KRAVETZ, S., y WEINGARTEN, M. (2000): «Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction». *American Journal Cardiology*, 85. Pp. 1283-1287.
- DE BUSK, R. F. (2000): «Evaluating the cardiovascular tolerance for sex». *American Journal Cardiology*, 86 (suppl.). Pp. 51F-56F.
- MULLER, J. E.; MITTLEMAN, A.; MACLURE, M.; SHERWOOD, J. F., y TOFFLER, G. H. (1996): «Triggering myocardial infarction by sexual activity. Low absolute risk and prevention by regular physical exertion. Determinants of Myocardial Infarction Study Investigators». *JAMA*, 275. Pp. 1405-1409.
- MITTLEMAN, M. A.; MACLURE, M.; TOFFLER, G. H.; SHERWOOD, J. B.; GOLDBERG, R. J., y MULLER, J. E. (1993): «For the Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. Triggering of acute myocardial infarction by heavy physical exertion. Protection against triggering by regular exertion». *N. Engl. Journal Med.*, 329. Pp. 1677-1683.
- KOSTIS, J. B.; PADMA-NATHAN, H., y ROSEN, R. C. (Guest Editors) (2000): «A Symposium: Sexual Activity and Cardiac Risk: The Princeton Conference». *American Journal Cardiology*, 86(2A). Pp. 1F-68F.
- BORRÁS-VALLS, J. J., y GONZÁLEZ-CORREALES, R. (2004): «Specific aspects of erectile dysfunction in sexology». *International Journal of Impotence Research*, 16. Pp. S3-S6.
- FELDMAN, I.; GOLDSTEIN, I.; HATZICHRISTOU, D. G.; KRANE, R. J., y MCKINLAY, J. B. (1994): «Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study». *Journal Urology*, 151. Pp. 54-61.
- MARTÍN-MORALES, A.; SÁNCHEZ-CRUZ, J. J.; SÁENZ DE TEJADA, I.; RODRÍGUEZ-VELA, L.; JIMÉNEZ-CRUZ, J. F., y BURGOS-RODRÍGUEZ, R. (2001): «Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study». *Journal Urology*, 166. Pp. 569-574.
- CABELLO SANTAMARÍA, F., y LUCAS MATHIEU, M. (2002): *Manual Médico de Terapia Sexual*. Madrid. Editorial Psimática.
- GOLDSTEIN, I., y BERMAN, J. R. (1998): «Vasculogenic female sexual dysfunction: vaginal engorgement and clitoral erectile insufficiency syndromes». *International Journal of Impotence Res.*, 2. Pp. 84-90.
- BUVAT, J., y LEMAIRE, A. (2001): «Sexuality of the diabetic woman». *Diabetes Metab.*, 27. Pp. S67-75.
- SÁNCHEZ, F. (2003): «La disfunción eréctil y otros trastornos sexuales en la consulta del médico de familia: ¡asumamos nuestro compromiso!». *Semergen*, 29(5). Pp. 227-229.
- KAPLAN, H. S. (1985): *Evaluación de los trastornos sexuales*. Grijalbo. Barcelona.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E., y KOLODNY, R. C. (1996): *Eros, los mundos de la sexualidad*. Barcelona. Grijalbo.
- SÁNCHEZ, F.; ALBELDA, R.; MIR, J.; GARCÍA, M. A.; SOLVES, R., y MONTEJO, A. L. (2003): «Utilidad de sildenafil en el tratamiento de la disfunción eréctil secundaria a antidepresivos». *Atención Primaria*, 32. Pp. 607-608.