

DESEMPEÑO SEXUAL EN LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Autores

García-Hernández P.*, Yudes-Rodríguez E.**

* Enfermero. Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Hospital Clínico "San Cecilio", Granada. SAS.

** Auxiliar de Enfermería. Unidad CMA. Hospital Clínico "San Cecilio", Granada. SAS.

Resumen

Las enfermedades isquémicas del corazón son fuente de desequilibrio en la forma de afrontar el padecimiento, motivado por la angustia de sufrir un evento doloroso, quebrantando gravemente la esfera de la sexualidad del sujeto. En España cada año son hospitalizados por infarto agudo de miocardio o angina inestable más de 74.000 pacientes¹ y la tasa de morbilidad hospitalaria de la cardiopatía isquémica fue de 350 por 100.000 habitantes². La prevalencia de esta enfermedad hace necesario poner en valor la importancia de informar sobre el desempeño sexual tras un evento coronario, atendiendo a preguntas tales como: ¿cuándo iniciarlas, qué riesgos existen, qué hacer si aparece la angina, qué posiciones son adecuadas, relaciones extraconyugales, existen diferencias con la homosexualidad?, y todas aquellas cuestiones que coartan al paciente en su vida sexual, y cómo no la de su pareja, por todo esto la oportunidad del personal sanitario en general y de enfermería en particular de iniciar la educación-información en este campo y otros, ayudaría a despejar el miedo al futuro que tanto atenaza a estos pacientes y a sus parejas, por otro lado, los estudios realizados a este respecto demuestran que el paciente quiere y necesita información, pero por diferentes motivos no la demanda.

La sexualidad es principalmente una actividad que dinamiza la comunicación y por tanto las relaciones humanas, así mismo el placer físico/psicológico nos hace crecer como individuos y llena un vacío afectivo y relacional que todos tenemos.

Palabras clave: Cardiopatía, educación sexual, disfunción sexual, orientación sexual, disfunción eréctil, prevalencia, rehabilitación cardíaca, enfermería en rehabilitación cardíaca.

SEXUAL ACTIVITY IN THE ISCHEMIC HEARTH DISEASE

Abstract

Ischemic heart disease are a source of imbalance in the facing of suffering, motivated by the anguish of having a painful event, breaking seriously the area of sexuality the individual. In Spain each year are hospitalized with acute myocardial infarction or unstable angina over 74,000 patients¹ and the rate of hospital morbidity of coronary heart disease was 350 per 100,000 population². The prevalence of this disease makes it necessary to highlight the importance of reporting on the sexual performance after a coronary event, in response to questions such as: where to begin, what kind of risks exist, what to do if an angina occurs, which positions are suitable, extramarital relationships, are there differences with homosexuality?, and all those issues which inhibit the patient in their sexual lives, and al go in his partner, for all this the opportunity of the sanitarian in general and in particular the nursing education-information on this Field and others, would help to ger ride of the fear of the future that so much grab to these patients and their partners. The same studies show that patients want and need information about it bur for different reasons they don't the demand it.

Sexuality is primarily an activity that energizes communication and therefore human relations, and also the physical and psychological pleasure makes us grow as individuals and fills affective and relational void that we all have.

Key words: Heart disease, sex education, sexual dysfunction, sexual orientation, impotence, prevalence, cardiac rehabilitation, nursing in cardiac rehabilitation.

Enferm Cardiol. 2008; Año XV(44):25-28

Dirección para correspondencia:

Pascual García Hernández. Enfermero.
Hospital Universitario San Cecilio. Servicio de Cardiología.
Unidad de Rehabilitación Cardíaca.
Dirección: Santa Rosalía, nº 32, 3º A. 18007 Granada.
Tfno: 958 133 292.
Correo electrónico: pascual.garcia.sspa@juntadeandalucia.es

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud sexual como un derecho humano básico que incluye la capacidad para disfrutar y controlar la conducta sexual, así como la libertad para que las enfermedades orgánicas y otras deficiencias no interfieran con la función sexual ni reproductiva.³ La an-

siedad que genera el desempeño sexual en muchas personas por responder a un estereotipo de juventud, belleza, potencia y habilidad, para cumplir con ciertas expectativas predeterminadas por el actual estilo de vida, conlleva un coste psíquico, creando en la esfera sexual angustia y ansiedad en vez de placer, ternura y diversión. Si a todo esto se le añade el diagnóstico de cardiopatía este desempeño se hace casi insuperable, el paciente y su pareja teme un nuevo evento doloroso y que cualquier incitación sexual pueda desencadenar todo de nuevo. Por tanto, el tratar mediante la información/educación estos miedos será una intervención de enfermería de carácter prioritario, pues el miedo a lo desconocido, la desinformación, las preguntas: ¿qué enfermedad tengo, qué puedo o no hacer, me curaré del todo, qué me ha provocado esta enfermedad? etc., atenazan al paciente y a su familia y cómo no, termina afectando el ámbito sexual de la pareja.

Con este artículo queremos responder a diferentes apartados que sin entrar en grandes contenidos, marque las líneas de intervenciones del personal de enfermería en un campo tan determinante para la salud integral del paciente:

1. Actividad sexual

Cuando iniciar la actividad sexual, posiciones adecuadas, recomendaciones para las relaciones sexuales, relaciones extraconyugales, homosexualidad, aparición de angina durante la actividad sexual, el uso de nitratos, signos de alarma.

2. Capacidad funcional y actividad sexual

Esfuerzo necesario para una relación sexual, cómo puede autoevaluarse el paciente, cambios fisiológicos durante la actividad sexual.

Los pacientes en general no consultan sobre la actividad sexual al personal sanitario⁴, bien porque no saben a quien dirigirse, no se lo plantean, o por pudor, está en nuestra mano realizar la información-educación adecuada para disipar el miedo y angustia que desarrolla el paciente y su entorno.

I. Actividad sexual

La actividad sexual genera en el paciente y su pareja un estado de armonía, mejorando la ansiedad, la autoestima y creando sentimientos de ternura, complicitad, y protección, beneficiosos para cualquiera, pero en mayor medida al cardiópata, por el miedo a la muerte que desarrolla. Pero para obtener estos beneficios se hace imprescindible mejorar la seguridad percibida del paciente y de su pareja, y ahí comienzan nuestras intervenciones mediante el poder de la información-educación, eliminando el miedo a lo desconocido. La información los hace libres de temores y supersticiones, disminuyendo su ansiedad.

a. Cuando iniciarlas.

Las relaciones sexuales pueden iniciarse transcurridos de 10 a 14 días del alta hospitalaria,⁵ según unos autores y 21 a 28 días según otros,⁶ realmente todo dependerá de la capacidad funcional del paciente en la prueba de esfuerzo, y si es o no negativa a isquemia

tanto clínica como eléctricamente. Aunque la experiencia nos dice que se inician antes en muchos casos, sobretodo si el paciente es varón, sin embargo hoy, con las posibilidades de revascularización temprana y completa los riesgos, han disminuido. No hace muchos años, como recuerda de forma anecdótica Maroto Montero, se recomendaba iniciarlas a las "seis semanas con la esposa y a los seis meses con la amante" (Stein R. 1981)⁷ o (Nadelson 1983)⁸.

De todas formas el momento de iniciarlas va más en consonancia "tras un entrenamiento físico y psicológico adecuado y progresivo"⁵, y valorando su capacidad funcional mediante la ergometría o el grado de la NYHA (*New York Heart Association*) (Tabla 1). También es interesante referir que el inicio puede ser mediante la masturbación o el sexo oral, pues el requerimiento de capacidad funcional es menor^{5,7,8,9} y mejorará su percepción de seguridad y confianza ante el miedo a un posible evento anginoso, y así mismo explicar la importancia de aumentar el periodo de caricias y estimulación para una mejor adaptación cardiaca.

b. Posiciones adecuadas.

No existen diferencias significativas entre una posición u otra^{7,9,10} (varón en la posición superior o inferior), aunque sí hay que destacar que el consumo de O₂ baja de 3,3 Mets (periodo preorgásmico) en la posición superior a 2,5 Mets posición inferior (Bohlen y col 1984)⁷. Hay que evitar posicionamientos forzados poco habituales en la pareja que requieran una gran demanda de esfuerzo físico para mantener la postura, por tanto es recomendable aconsejar la utilización del posicionamiento habitual en la pareja^{7,9,10} y conforme la capacidad funcional del paciente mejore pueden ir explorando otros caminos. Se recomienda la posición lateral, sobre todo con el cardiópata sobre su lado derecho⁵, o bien este sentado en una silla sin brazos y con los pies apoyados en el suelo, evitando posiciones que conlleven mantener los brazos por encima de los hombros, pues esto implica un aumento en el gasto cardiaco⁸. Así mismo el lugar elegido al principio debe ser conocido y cómodo para evitar el posible aumento de estrés, con una temperatura ambiente adecuada, evitando las temperaturas frías, calurosas o con una concentración elevada de humedad,^{5,7,9,10} así como la toma de baños calientes en bañera antes o durante la relación.

c. Recomendaciones para las relaciones sexuales.

Es importante referenciar las medidas que deben especificarse claramente al paciente cardiópata al alta hospitalaria. Haciéndole conocer que debe elegir junto con su pareja el momento más adecuado, evitando el estrés, lo más relajado posible, posiblemente tras el descanso nocturno o la siesta, y no debería desarrollar actividad sexual cuando se sienta cansado, después de emociones fuertes (enfado o euforia), tras la ingesta moderada de alcohol, comidas copiosas (teniendo que atender la respuesta sexual y el proceso digestivo, aumentando el gasto cardiaco) o bien haber realizado algún esfuerzo de importancia^{5,7,8,9,10,13}, tal como la caminata diaria con control de la frecuencia cardiaca de

entrenamiento (Programa de marchas)^{11,12,13}. Después de cualquiera de estas circunstancias es adecuado un periodo de reposo relativo durante tres, cuatro horas⁹.

La disminución de la frecuencia de relaciones en pacientes post infartados es patente, un 57% la redujo, un 54% experimentó una disminución en el apetito sexual, el 65% observó variaciones en su vida sexual, según los resultados del estudio de Jimenez y col.⁴, esta afectación de la esfera sexual del paciente viene dada usualmente por el miedo a la muerte durante el coito^{7,8}. Pero es importante hacerles ver que la prevalencia de muerte súbita por causa cardiológica durante el coito es baja, según el estudio realizado por Ueno¹⁴ de 5.559 casos de muerte súbita, 34 fueron afines con el coito y de ellas 27 relacionadas con una relación extraconyugal, comidas copiosas, etc.

d. Relaciones extraconyugales

Como se ha referido en el estudio de Ueno¹⁴ la importancia de este apartado es clara, provocando un aumento del riesgo anginoso^{5,7,8}, debido a varios factores como el *temor al fracaso*, es decir, el miedo a no responder adecuadamente a la pareja; la *obligación de resultados*, sobretodo en el varón por la necesidad de una erección consistente y duradera; el *altruismo excesivo*, estando más pendiente de la satisfacción de la pareja, que de la propia; la autoobservación o *rol del observador*, prestar atención al pene para ver como responde (Masters y Johnson, 1970). Todos estos factores aumentan la ansiedad de resultados y por consiguiente el estrés.

e. Homosexualidad

En el caso de las relaciones homosexuales tanto masculinas como femeninas, las necesidades de capacitación funcional por parte del paciente son parecidas a las relaciones heterosexuales^{5,7}, aunque no hay estudios específicos al respecto. Por lo cual las recomendaciones en estos casos deberán de ser las mismas que se describen en este artículo.

f. Angina durante la actividad sexual

La proporción de estas situaciones es del 20% aproximadamente y más usual en las mujeres, por mayor prevalencia de la etiología vasoespástica⁷, según se cree. Si durante la relación sexual apareciera un cuadro de angina, la primera actuación por parte del paciente es concluir la actividad, e iniciar el protocolo habitual de actuación del uso de nitratos por parte del paciente en caso de cuadro anginoso. Así mismo debe consultar el evento con el personal sanitario que le trate habitualmente, para una valoración del tratamiento establecido.

Es interesante destacar que en un estudio realizado por Drory y col¹⁵ sobre 88 pacientes varones, se concluía que la proporción de angina durante la relación sexual era inferior a la que presentaron en la prueba de esfuerzo; que un 33% aproximadamente presentó angina, usualmente silente; y los que su ergometría fue negativa no presentaron angina durante la actividad sexual.

g. Uso de nitratos

Algunos autores recomiendan el uso preventivo de nitratos antes de la relación sexual si se sospecha la

posible aparición de un cuadro anginoso^{7,8}. Esta actuación sólo se recomendará cuando el paciente haya sido previamente valorado por su cardiólogo y confirmada esta actuación. En estos casos sería la administración de un comprimido sublingual o un toque de spray de Nitroglicerina previo a la relación sexual y siempre estaría contraindicado el uso conjunto con inhibidores de la fosfodiesterasa (Viagra®, Levitra®, Cialis®).

h. Signos de alarma

Existen signos de alarma o atención que pueden acontecer durante o tras la actividad sexual y el paciente debe conocerlos claramente, y así mismo comunicarlo al personal sanitario que usualmente le atiende, para su valoración:

- Incremento de la frecuencia cardiaca, aparición de palpitaciones o acortamiento de la respiración durante más de 15 minutos después de concluido el coito.
- Fatiga extrema al día siguiente de la relación.
- Dolor torácico u opresión durante o poco después de la relación.
- Somnolencia intensa después de mantener la relación.
- Arritmia durante o tras la actividad sexual.

Estos signos y síntomas son válidos también para cualquier otra circunstancia que requiera algún tipo de esfuerzo físico.

II. Capacidad funcional

La actividad sexual requiere una capacidad funcional mínima para poder desarrollarla sin riesgo aparente. Para poder valorar un esfuerzo se recurre a la ergometría o prueba de esfuerzo que cuantifica la capacidad funcional o gasto energético del ejercicio, mediante la valoración del consumo de oxígeno durante el esfuerzo, designando la equivalencia metabólica o Mets como unidad de medida (1 Mets equivale a un consumo de 3,5 ml/Kg/min de O₂ en una persona sana, en reposo).

a. Esfuerzo necesario para una relación sexual.

Los requerimientos energéticos durante una relación sexual son aproximadamente de 2,5 a 3,7 Mets en el estadio preorgásmico y 5 a 5,4 Mets durante 15 ó 20 segundos de máxima tensión cardiaca en el orgasmo^{7,9,10} estos valores pueden variar dependiendo de diversas circunstancias: características del paciente y pareja, posicionamiento, ingesta de alimento previa, relaciones extraconyugales, estrés, etc. Por tanto, todo paciente que alcance o supere los 5 Mets en la ergometría sin cambios eléctricos, ni clínicos, puede mantener una actividad sexual sin riesgo aparente.

b. Cómo puede autoevaluarse el paciente.

El paciente puede autoevaluarse mediante la realización de esfuerzos cotidianos que representen un esfuerzo o capacidad funcional semejante a lo descrito^{5,7}. Usualmente se utiliza el consejo:

- Caminar 1 km. en 10-12 minutos, aproximadamente a una velocidad de 5 km./h. sobre terreno llano (fase preorgásmica) y subir después unas esca-

leras de dos plantas de altura sin descanso en el rellano (fase orgásmica) y no que aparezca angina.

c. Cambios fisiológicos durante la actividad sexual

Los cambios fisiológicos son semejantes a los realizados en cualquier ejercicio que requiera un gasto energético semejante, así pues durante el coito y orgasmo existen unos cambios fisiológicos definidos^{8,10}:

- La presión arterial aumenta de 20-80 mm/Hg en la sístole y de 20-50 mm/Hg en la diástole.
- La frecuencia cardiaca aumenta hasta los 140-180 latidos/minuto.
- El gasto energético o metabólico es considerado moderado.

Datos que deben hacernos reflexionar sobre el peligro para pacientes hipertensos mal controlados o con un inadecuado tratamiento para disminuir la frecuencia cardiaca (betabloqueantes, etc.), por el incremento del trabajo cardiaco

Conclusiones

Las conclusiones que se extraen de todas estas recomendaciones son la importancia de la actuación temprana ante un evento coronario (revascularización, fibrinólisis, etc.) para mantener en lo posible su capacidad funcional anterior al cuadro cardiaco y mejorar posteriormente esta capacidad funcional mediante la promoción institucional y privada de Programas de Prevención y Rehabilitación Cardiaca, donde se trate al paciente de una forma integral, para obtener la reintegración del individuo¹¹ a su entorno familiar, social, laboral y cómo no, sexual. Numerosos estudios demuestran que el riesgo de angina disminuye en los pacientes incluidos en dichos programas,⁷ así como, aumenta la reincorporación laboral, pues la realización de ejercicio con asiduidad provoca una disminución de la tensión arterial basal y de la frecuencia cardiaca al esfuerzo submáximo. Pero esta mejora con el ejercicio, sólo es completa y armónica mediante la información-educación, para obtener una seguridad objetiva por parte del paciente. Una de las patologías que más presencia tiene en los pacientes cardiopatas, es la disfunción eréctil, presentando una prevalencia mayor que en la población en general¹⁶, por lo cual en estos casos el uso de cuestionarios de salud sexual o la identificación de marcadores pronósticos de la disfunción eréctil¹⁶, como son, la edad (mayor prevalencia con menor edad), los pacientes con estudios primarios, la estratificación del paciente de su riesgo cardiaco en moderado o alto; ayudarían a mejorar la calidad de vida del paciente, sin ser agresivos con su intimidad. Así mismo, la importancia de diseñar planes de cuidados de enfermería a nivel hospitalario para prolongar estas intervenciones en el horizonte de la atención primaria, obteniendo así un plan de continuidad de cuidados adecuado a las patologías sexuales de los cardiopatas.

Han quedado en el tintero cuestiones importantes que por espacio y oportunidad se deberán comentar en otro momento, como el consenso de Princeton^{7,17}

sobre riesgo cardiovascular asociado a la actividad sexual, la influencia de los fármacos en la sexualidad, los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 y las disfunciones sexuales masculina y femenina

La necesidad de mejorar la información que aportamos el personal sanitario a los pacientes y familiares,^{4,7} de la enfermedad en general y en especial de la sexualidad, es incuestionable, existen estudios que lo evidencian, debiendo hacer una autocrítica y promoviendo la creación de las herramientas de educación sanitaria necesarias (charlas de prevención secundaria, folletos informativos etc.) que no sólo mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes y sus familiares, sino que esa educación/información nos lleve a una sociedad más segura en cuanto a su responsabilidad sobre la salud.

Tabla 1. Clasificación funcional de la insuficiencia cardiaca según la NYHA

Clase funcional I	Actividad ordinaria sin síntomas. No hay limitación de la actividad física.
Clase funcional II	El paciente tolera la actividad ordinaria, pero existe una ligera limitación de la actividad física, apareciendo disnea con esfuerzos intensos.
Clase funcional III	La actividad física que el paciente puede realizar es inferior a la ordinaria, está notablemente limitado por la disnea.
Clase funcional IV	El paciente tiene disnea al menor esfuerzo o en reposo, y es incapaz de realizar cualquier actividad física.

Referencias

- Marrugat J, Banegas JR, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Rev Esp Cardiol.* 2002; 55:337-46
- Villar F, Banegas JR, Donados J, Rodríguez F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2003. Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA). Madrid: Ergón;2003.
- Gro Harlem Brundtland. The World Health Report 1999. Disponible en línea: http://ftp.who.int/gb/pdf_files/WHA52/ew4.pdf. (acceso 20/4/2008).
- Jiménez P, Arribas B, Encinas A, Navarro F, San José L. Sexualidad y cardiopatía isquémica. *Enferm Cardiol.* 2000; (19): 34-38.
- Sexualidad y corazón. Fundación del corazón. URL en: http://www.fundaciondelcorazon.com/index_ie.html. (Acceso 17/12/2007).
- Kostis JB, Jackson G, Rosen R, Barrett-Connor E, Billups K, Brunet AL, Carson C, Cheitlin M, et al. Dysfunction and Cardiac Risk (the Second Princeton Consensus Conference). *Am J Cardiol.* 2005;96:313-321.
- Maroto Montero JM. Disfunción sexual en el cardiopata. En: Maroto Montero JM. *Rehabilitación cardiaca.* 1ª ed. Barcelona: Olalla; 1999. p.525-531.
- Ávila García G. Cardiopatía y sexualidad. *Archivos Hispánicos de Sexología.* 2001; 7(2):133-149.
- Sainz Hidalgo I. Aspectos específicos de la disfunción eréctil en cardiología. Sección de cardiología preventiva y rehabilitación de la Sociedad Española de Cardiología. Disponible en: http://www.seccpyr.org/index.php?option=com_content&task=view&id=240&Itemid=151%20. (Acceso el 7/11/2007).
- Díaz Cortina E. Actividad sexual en pacientes cardiopatas. *Rev Mex Enferm Cardiol.* 2002; 10(3):106-108.
- García-Hernández P. Objetivos, intervenciones y perfil de enfermería en un programa de rehabilitación cardiaca. *Enferm Cientif.* 2004; May - Jun. 266-267: 21-27.
- Portuondo MT, Marugán P, Soriano C. Papel de la enfermería en rehabilitación cardiaca. En: Maroto JM. *Rehabilitación cardiaca.* 1ª ed. Barcelona: Olalla; 1999. p.301-308.
- Artiago R. Planificación del entrenamiento físico. En: Maroto JM. *Rehabilitación cardiaca.* 1ª ed. Barcelona: Olalla; 1999. p.271-286.
- Ueno M. The so-called coition death. *Jpn J Leg Med.* 1963; 17: 333-340.
- Drory Y, Shafira I, Fisman E, Pines A. Myocardial ischemia during sexual activity in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol.* 1995; 75: 835-837.
- García-Hernández P, Castro Vizoso J, Yudes-Rodríguez E. Prevalencia de la disfunción eréctil en un programa de rehabilitación cardiaca. *Enferm Cardiol.* 2007; Año XIV (41):53-59
- DeBusk R, Drory Y, Goldstein I, Jackson G, Kaul S, Kimmel SE, Kostis JB, Kloner RA, Lakin M, Meston CM, et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: the Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol.* 2000;86:175-181.