

DISFUNCIONES SEXUALES EN PACIENTES CON IRC EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO

Damaris Vidal, Álex Andujar, Eva Arilla, Sonia Catalán, Isabel Écija, Raquel Muñoz

Centro de Diálisis Baix Llobregat. Hospitalet de Llobregat. Barcelona

INTRODUCCION

La salud sexual hace referencia a la aptitud para disfrutar de la actividad sexual, con el consecuente bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionados. La principal causa de pérdida de esta salud son las *disfunciones sexuales* como la ausencia o disminución del deseo sexual, la disfunción orgásmica, la dispareunia, el vaginismo, la disfunción eréctil, la eyaculación precoz, etc. Las causas de estos problemas pueden ser muy diversas y hay que tener en cuenta que muchas veces, aunque haya una causa orgánica que pueda ser causante de la disfunción, se suelen añadir otros factores psicológicos que hacen más complejo el cuadro general. Entre las causas orgánicas más comunes podemos encontrar: lesiones vasculares debidas a una enfermedad, diabetes, problemas renales, trastornos sanguíneos, la toma de algunos medicamentos, trastornos endocrinos, el abuso de sustancias (alcohol, tabaco, drogas), etc. En las causas psicológicas más habituales se encuentran: el estrés, la ansiedad, sentimientos de culpa, inferioridad o baja autoestima, temor a "no poder" en el momento del acto sexual, situaciones sexuales previas traumáticas (encuentros frustrantes, agresivos), etc.

Son escasos los estudios realizados sobre cómo se ve afectada la salud sexual de nuestros pacientes en diálisis, pero es más que conocido que las disfunciones sexuales son bastante frecuentes, ya sean debidas a otras patologías existentes, a la toma de determinada medicación o a problemas de tipo psicológico. Los pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo sufren una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que influyen de manera importante en su calidad de vida. Además de la insuficiencia renal tienen asociadas otras patologías que, o bien ya padecían antes de la aparición de la enfermedad, o bien han aparecido después. La diabetes, la HTA, la cardiopatía isquémica, la anemia, alteraciones hormonales, etc. son algunas de ellas que pueden agudizar las disfunciones sexuales.

La diabetes, a largo plazo, provoca trastornos de erección e impotencia en hombres y anorgasmia, vaginitis o dispareunia en mujeres. La HTA puede afectar de varias formas: tener la tensión alta da lugar a la presencia de un síndrome arterial periférico que puede causar una disfunción erectiva y una disminución de la libido en ambos sexos; la medicación antihipertensiva puede tener efectos secundarios y además puede haber el miedo a un aumento de la presión sanguínea en la relación sexual. Las alteraciones cardíacas pueden afectar directa o indirectamente a la función sexual. La insuficiencia cardíaca limita la actividad física y esto junto con la disnea y la ortopnea inciden negativamente en la actividad sexual; además, las medicaciones indicadas para esta patología pueden reforzar la aparición de disfunciones sexuales.

En el caso de la cardiopatía isquémica puede influir el dolor o el temor al dolor y los efectos secundarios de alguna medicación. Las alteraciones vasculares producen una deficiencia de flujo sanguíneo en los genitales que puede causar una disfunción sexual. A su vez, esta deficiencia de aporte sanguíneo puede estar asociada a factores de riesgo vascular como hiperlipemia, diabetes, tabaquismo o hipertensión. La anemia es padecida por la mayoría de pacientes en diálisis y produce una serie de síntomas como astenia, fatiga, taquicardia, etc. que limitan funcionalmente al paciente y empeoran otros síntomas o enfermedades asociadas (insomnio, anorexia, cardiopatía isquémica, inapetencia sexual, etc.).

Debido a trastornos hormonales en los hombres se aprecia a menudo atrofia testicular, disminución de la espermatogénesis, además de un descenso de los niveles de testosterona. Más de la mitad presentan impotencia parcial o completa, en la que pueden influir la medicación antihipertensiva, la vasculopatía arterial, la calcificación de los vasos sanguíneos peneanos, la neuropatía autónoma urémica y diabética, la disfunción venooclusiva, la enfermedad sistémica del músculo liso, la debilidad de la túnica albugínea del pene, la disfunción hipotálamo-hipófiso-gonadal, los trastornos de la prolactina, 17 B estradiol, hormona paratiroidea, vitamina D, eritropoyetina y del metabolismo del cinc. En mujeres puede haber descenso de estrógenos, amenorrea o hipomenorrea

e incluso puede haber una disminución del tejido mamario, menor lubricación vaginal, vaginitis atrófica e infertilidad. La mayoría de ellas presentan alguna disfunción sexual, algunas pueden experimentar dispareunia debida al déficit de estrógenos y la sequedad vaginal resultante, pero también podría deberse a la hiperprolactinemia, la disfunción gonadal, la depresión, el hiperparatiroidismo, el déficit de cinc y el cambio de la imagen corporal.

Además de los problemas físicos, los pacientes en diálisis se encuentran expuestos a varios tipos de estrés psicológico como la dependencia del procedimiento, de un centro y de un personal médico, la sujeción a un régimen dietético y a la toma de medicación, la existencia de pérdidas varias (trabajo, libertad, esperanza de vida, etc.), y la disfunción sexual asociada. La respuesta psicológica de cada paciente dependerá de su personalidad, del grado de apoyo familiar y social y del curso de la enfermedad. La complicación psicológica más frecuente en los pacientes en diálisis es la depresión que produce síntomas como trastornos del sueño, falta de apetito y una disminución del interés y la capacidad sexuales. La irritabilidad y la ansiedad son también frecuentes. La dificultad para reincorporarse al trabajo e incluso su pérdida tienen una gran importancia psicológica.

OBJETIVOS

- Valorar la aparición de DS en pacientes afectados de IRC en tratamiento sustitutivo renal con Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis.
- Valorar en qué momento se declaran las DS y de qué índole son.
- Valorar si los pacientes que presentan DS han consultado con algún especialista.
- Valorar el grado de afectación de la IRC en algunos aspectos de la vida diaria.

MATERIAL

De los 85 cuestionarios repartidos sólo 60 personas respondieron al mismo, de las cuales 4 han sido anuladas por incongruencias en las respuestas obtenidas.

Se estudian 56 pacientes, 40 hombres y 16 mujeres, de 44.1 años media de edad (intervalo de 20-55) en programa regular de diálisis.

De los encuestados 46 están en HD y 10 en DP y el tiempo medio en diálisis es de 4.2 años.

Hay 30 casados, 20 solteros, 5 viven en pareja y 1 está separado.

Con estudios universitarios hay 9 personas, 24 con estudios medios, 22 con primarios y 1 sin estudios.

Activos laboralmente hay 17 personas, 11 no trabajan, 28 tienen la larga enfermedad y 25 tienen problemas económicos frente a 31 que no los tienen.

MÉTODOS

El instrumento utilizado para obtener los datos del estudio fue el pase de un cuestionario anónimo elaborado en 4 apartados:

1. Datos Sociodemográficos.
2. Datos Clínicos.
3. Datos antes de entrar en un programa regular de Diálisis.
4. Datos después de entrar en un programa regular de Diálisis.

Este cuestionario fue entregado por enfermería durante la sesión de Hemodiálisis o enviado por correo en el caso de pacientes en Diálisis Peritoneal.

Antes de dar forma definitiva al cuestionario se consultó con profesionales de psicología y sexología.

Se trata de un estudio multicéntrico y de tipo transversal.

RESULTADOS

Del total de paciente encuestados 46 están en HD y 10 en DP.

-Las personas afectadas por IRC consideran su enfermedad como muy grave en 17 casos, grave en 23, moderada en 7, leve en 2 y como cualquier otra enfermedad en 7 casos. (gráfico nº 1)

-De los 56 pacientes encuestados hay 13 que la enfermedad les afecta en su vida diaria continuamente, 25 les afecta muchas veces, 15 pocas veces y 3 no les afecta nunca (gráfico nº 2).

-De los pacientes en DP a 3 pacientes les afecta muchas veces y a 7 pocas veces.

-De los pacientes en HD a 13 pacientes les afecta continuamente, a 22 muchas veces, a 8 pocas veces y a 3 no les afecta nunca.

-Con catéter peritoneal hay 10 pacientes, 5 con catéter para HD y 41 tienen FAVI (gráfico nº 3).

-Después de entrar en diálisis en 34 pacientes se han producido cambios a nivel laboral, 38 en el ocio, 13 en cuanto a amistades, 10 en familiares y 15 en otros (sin especificar) (gráfico nº 4).

-De los 15 pacientes que llevan un catéter, ya sea para DP o HD, a 6 les afecta en su sexualidad

y 9 no les influye en ella (gráfico nº 5).

-De los 49 pacientes que no presentaban DS antes de entrar en diálisis solo 15 siguen sin tenerlos; de los 3 que presentaban problemas esporádicamente han pasado a 14 y de los 4 que si tenían alguna DS antes de entrar en diálisis se ha incrementado a 25 (gráfico nº 6).

- 31 pacientes creen que la causa de sus problemas sexuales se derivan de la IRC u otras patologías, 18 que es debido a la medicación, 9 a relaciones personales, 5 a problemas económicos y 5 al trabajo (gráfico nº 7).

- De los 56 encuestados, 18 tienen problemas con su imagen corporal que les afecta en sus relaciones sexuales de los cuales 3 son portadores de catéter para DP, 5 para HD y 10 tienen FAVI. (gráfico nº 8)

-En 7 de los 8 pacientes con catéter han visto como su pareja ha cambiado de actitud sexual respecto a ellos.

-En cuanto a si la enfermedad les afecta en su vida sexual, a 14 personas les afecta siempre, a 7 casi siempre, a 18 alguna vez, a 5 casi nunca y a 11 nunca les afecta (gráfico nº 9).

- En cuanto a la aparición de las DS 10 contestaron que se originaron cuando le diagnosticaron la IRC, 10 cuando entraron en un programa regular de diálisis y 21 al tiempo de estar en diálisis (gráfico nº 10).

-Antes de entrar en diálisis 41 pacientes nunca tenían problemas de inapetencia, 5 casi nunca, 7 alguna vez, 2 casi siempre y 1 siempre y después de entrar en diálisis 8 nunca tienen problemas de inapetencia, 7 casi nunca, 23 alguna vez, 15 casi siempre y 3 siempre (gráfico nº 11).

-Un dato a tener en cuenta es que de las 16 mujeres encuestadas, 5 tienen la menstruación, 4 presentan amenorrea y 7 tienen la menopausia.

Disfunciones Sexuales Masculinas

a) Impotencia o problemas de erección:

De los 38 que nunca tenían problemas y 2 que casi nunca tenían antes de entrar en diálisis, han pasado a 10 que siguen sin tener problemas, 4 que casi nunca tienen, 12 que tienen alguna vez, 6 que tienen casi siempre y 4 que siempre tienen (gráfico nº 12).

De los hombres que tienen alguna DS 10 han consultado con un especialista, de los cuales 9 han tomado viagra® o similar en alguna ocasión y el resultado obtenido ha sido de poca efectividad.

b) Eyaculación:

De los 38 que nunca tenían problemas y 2 que sí los tenía, han pasado a 19 que siguen sin problemas, 5 que casi nunca tienen, 8 que tienen alguna vez, 4 que tienen casi siempre y 4 que siempre tienen (gráfico nº 13).

Disfunciones Sexuales Femeninas

a) Los problemas más frecuentes son (gráfico nº 14):

Inapetencia	10 casos
Sequedad vaginal	4 casos
Falta de orgasmo	6 casos
Dolor en las RS	3 casos

Solamente hay 4 casos que no presentan ninguna disfunción.

b) Sequedad vaginal:

Observamos que antes de entrar en diálisis hay 8 mujeres que nunca tiene este problema, 4 casi nunca, 3 alguna vez y 1 casi siempre,

Después de entrar en diálisis 6 siguen sin presentar este problema, 2 casi nunca, 3 alguna vez y se ha incrementado en 5 a casi siempre (gráfico nº 15).

Precisan lubricante vaginal antes de entrar en diálisis: casi siempre 1 mujer, alguna vez 2, casi nunca 2 y después de entrar en diálisis 3 lo precisan casi siempre, 3 alguna vez y 3 casi nunca.

De las 11 mujeres que no precisaban nunca lubricante vaginal se han reducido a 7 después de entrar en diálisis (gráfico nº 16).

c) Dolor en las RS:

Obtenemos que 2 mujeres tiene dolor casi siempre antes de entrar en diálisis, 4 alguna vez, 1 casi nunca y solo 9 nunca. Estos resultados han cambiado en el después a 4 mujeres en el casi siempre y 7 en el nunca, porque los demás resultados no han sufrido cambios (gráfico nº 17).

d) Falta de orgasmo:

Antes de entrar en diálisis 13 mujeres no tenían problemas de falta de orgasmo y 3 que si tenían alguna vez frente a las 8 que siguen sin tener problemas después de entrar en diálisis, 3 que tienen alguna vez y 5 que tienen casi siempre (gráfico nº 18).

Una vida sexual insatisfecha ha dado lugar a la aparición de los siguientes problemas: baja autoestima en 20 pacientes, frustración en 18, problemas con su pareja 7, depresión 9 y otros como inseguridad e incompreensión en 2 pacientes. Solo en 26 casos dicen no presentar ningún tipo de problema (gráfico nº 19)

De la totalidad de los encuestados 36 consideran que la enfermedad es la causa de sus problemas sexuales.

CONCLUSIONES

- Aparición significativa de DS en enfermos con IRC en tratamiento sustitutivo renal.
- La DS son de distintas etiologías: medicación (HTA, diabetes y cardiopatías), alteración de la imagen corporal (catéter, FAVI muy desarrollada, cicatrices varias, distensión abdominal en DP, etc.), problemas psicológicos varios (depresión, ansiedad, insomnio), problemas económicos y laborales.
- Las DS aparecen mayoritariamente cuando ya llevan un tiempo en tratamiento sustitutivo.
- Los pacientes consideran que las causas principales por las que tienen problemas de DS son debidas a la IRC y a la medicación.
- La alteración más frecuente en los hombres es la función eréctil dando lugar a impotencia o problemas de erección, lo que significa una disminución importante en conseguir el orgasmo. El hecho de no poder conseguir una penetración normal repercute en su salud psicológica.
- En las mujeres la inapetencia y la falta de orgasmo son las alteraciones más significativas que aparecen después de entrar en tratamiento sustitutivo.
- Las DS conllevan a problemas de baja autoestima, frustración, depresión, inseguridad, incompreensión y problemas con la pareja.
- Se observa que los problemas sexuales aparecen mayoritariamente en HD y pocos casos en DP, aunque la muestra de ésta última sea poco representativa.
- La mayoría de los pacientes que presentan problemas sexuales no han consultado con un especialista por vergüenza u otros motivos. En una consulta ordinaria de seguimiento se podría abordar este tema y dar consejo sanitario con el fin de disminuir la ansiedad que refleja el paciente y aumentar su autoestima. También se pueden buscar opciones de índole sexual que puedan ser útiles y ayudarles a hacer frente esta situación.
- Después de entrar en un programa sustitutivo renal más de la mitad de los encuestados tienen relaciones sexuales insatisfactorias
- Un gran número de los encuestados considera que la enfermedad les afecta en muy alto grado en algunos aspectos de su vida diaria, de los cuales los más significativos son los laborales y ocio.

AGRADECIMIENTOS

- Agradecemos la colaboración del Dr. Rafael Pérez, licenciado en Sexología.
- Agradecemos la colaboración de los Dres. en Psicología Jesús Molina y Antonia Pacheco.
- Agradecemos la colaboración del Dr. Jordi Carreras.
- Agradecemos la colaboración de Manuel Mariscal.
- Agradecemos la colaboración de los siguientes centros de diálisis:
 - . Gambro Healthcare Baix Llobregat.
 - . Gambro Healthcare Mataró.
 - . Gambro Healthcare IHB
 - . Gambro Healthcare Virgen de Montserrat
 - . Gambro Healthcare Bonanova

BIBLIOGRAFÍA

1. Francisco Cabello Santamaría, Manuel Lucas Matheu. Manual medico de terapia sexual. Ed. Somática 2002. Madrid.
2. Keith Hawton. Terapia sexual. Ediciones Dogma. 1988
3. Van Der Hofstadt, Cj y Ruiz, MT (1994). Alteraciones de la función sexual: análisis de factores condicionantes de una atención sanitaria efectiva. Medicina Clínica, Vol. 103, Nº 4.
4. Mira, JJ y Van Der Hofstadt, Cj (1989). Conducta sexual y enfermedad crónica. Enfermería científica Nº 84.
5. M. Martínez del Pozo. Atención psicológica al paciente con IRC: descripción de la experiencia

y consideraciones acerca de 10 años de labor asistencial. Actas de la Fundación Puigvert .

6. Bernis, C/Mata M. El sexo como factor de riesgo. Descriptores: IRC: Variaciones sexuales, Factores de riesgo.

7. Santiago, C/ Mauri, M/ Perez Contreras, J/ Gas, JM/Rivera, F/ Olivares, J. Función sexual, Prolactina y Parathormona en pacientes en HD tratados con eritropoyetina.

GRÁFICOS

Gráfico 1

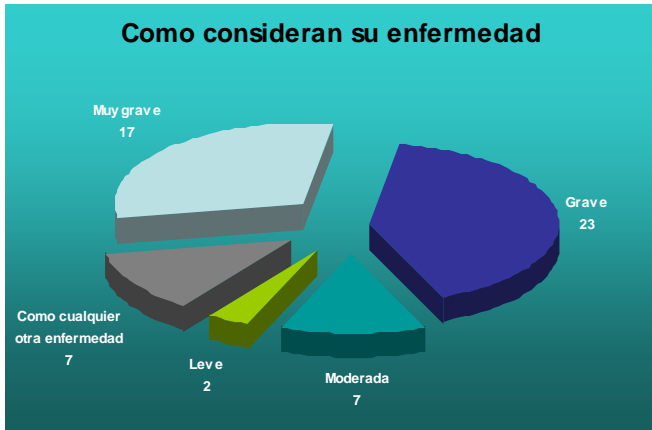
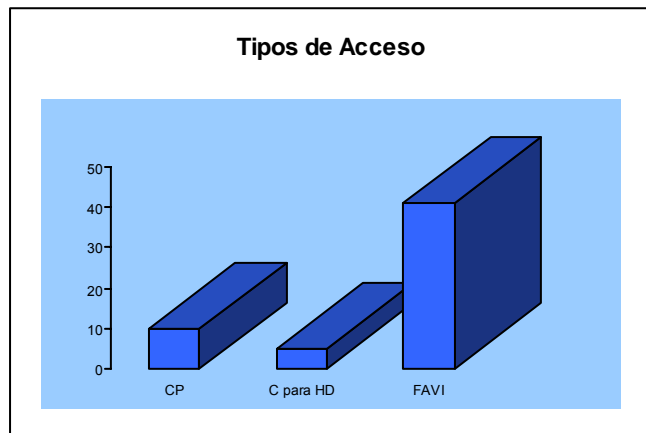


Gráfico 3



El cateter influye en la sexualidad

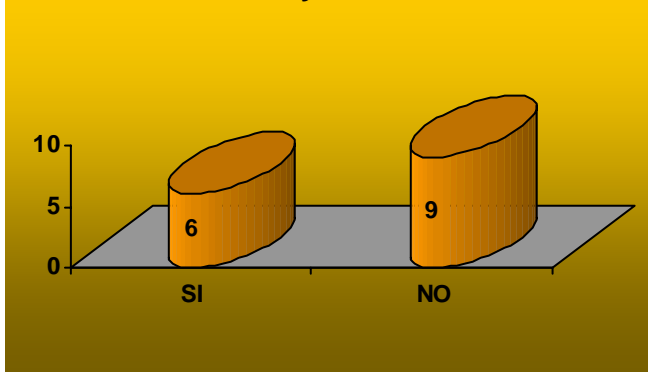


Gráfico 2

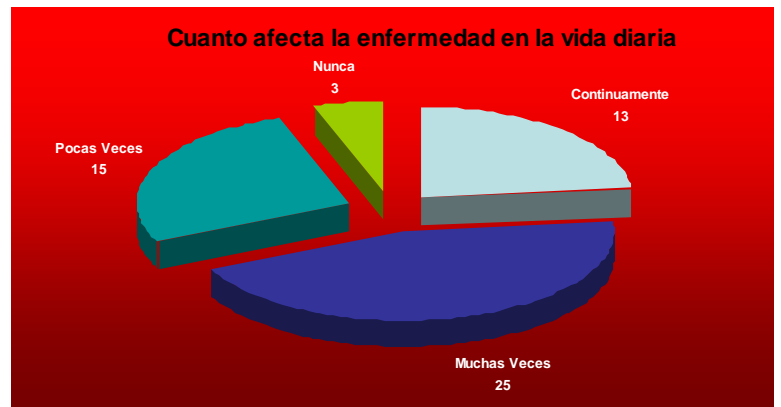


Gráfico 4

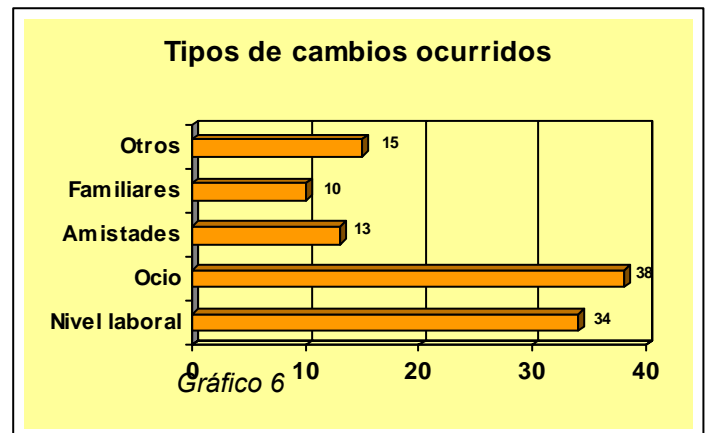


Gráfico 6

Aparición de disfunciones sexuales

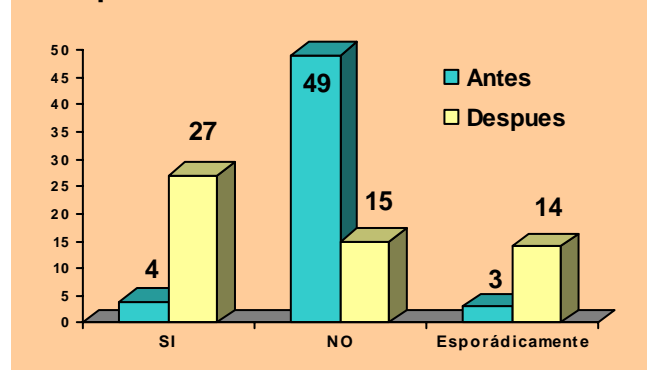


Gráfico 7



Gráfico 8

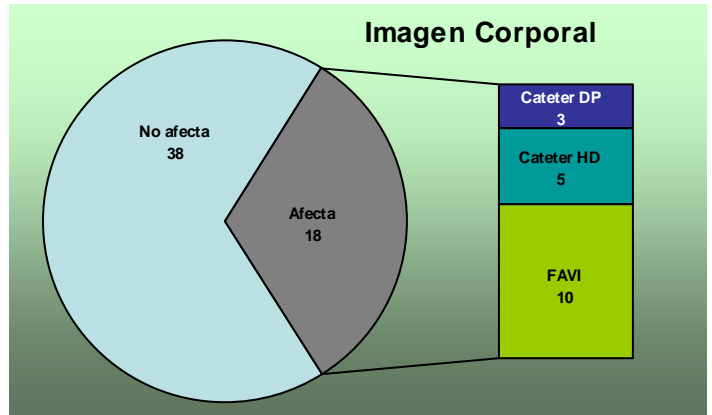


Gráfico 9

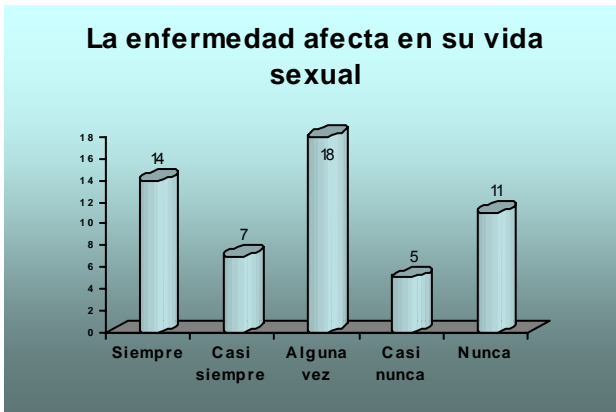


Gráfico 10

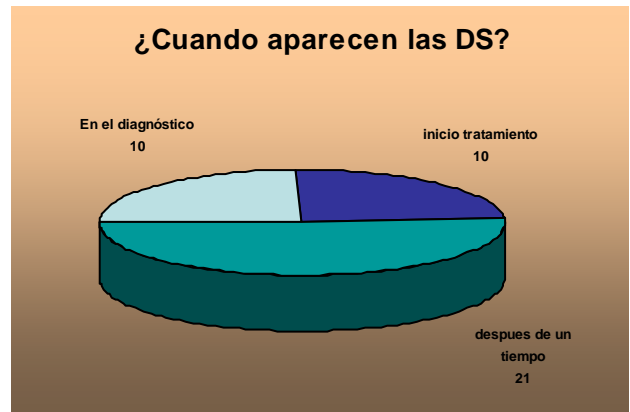


Gráfico 11



Gráfico 12

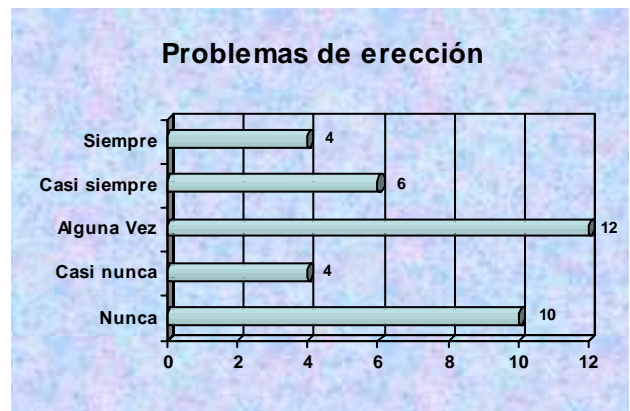


Gráfico 13



Gráfico 15

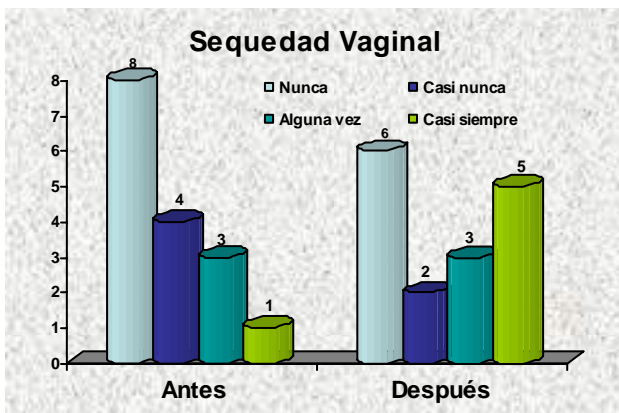


Gráfico 17

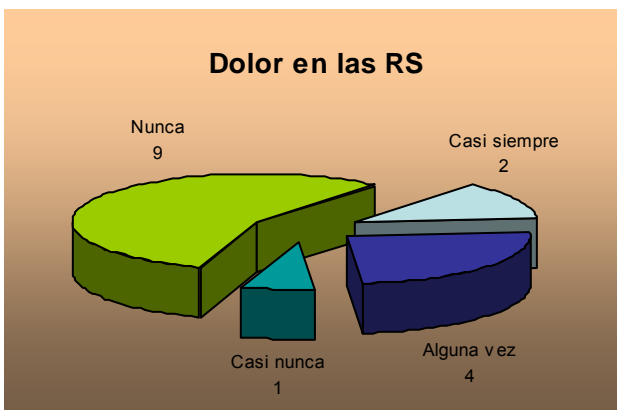


Gráfico 19

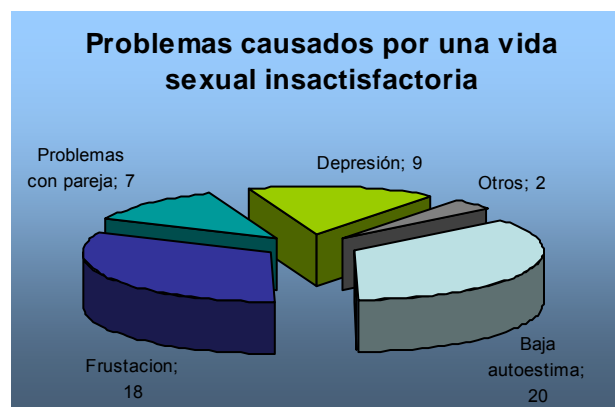


Gráfico 14

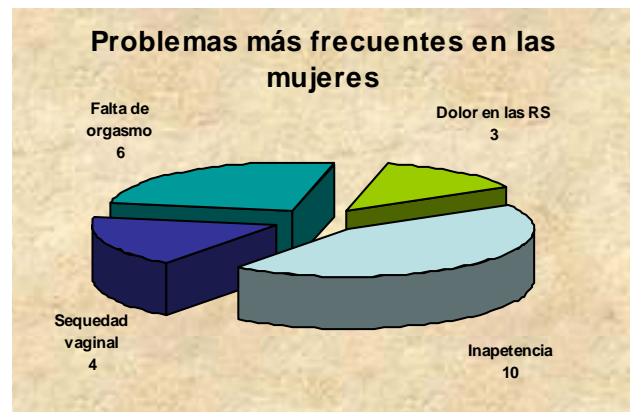


Gráfico 16

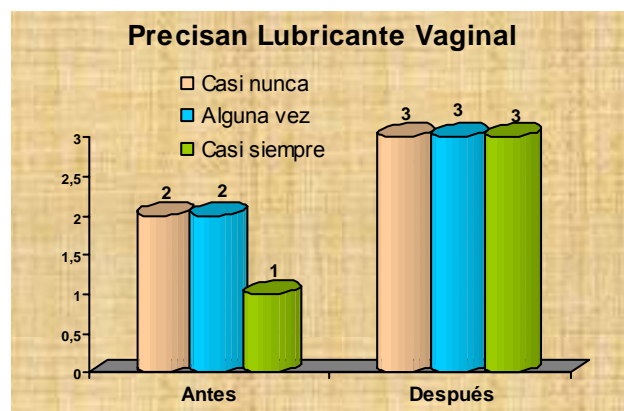


Gráfico 18

