

HEMODIALISIS Y DISFUNCIONES SEXUALES

Isabel Ecija, Dámaris Vidal.

Hospital de Llobregat. Barcelona.

Comunicación oral

INTRODUCCION

La insuficiencia renal crónica es un estado amenazador para la vida del paciente que afecta a la mayor parte de los órganos del cuerpo. Se trata habitualmente mediante hemodiálisis de mantenimiento a la espera de un trasplante.

Este trastorno sigue constituyendo una enfermedad grave y debilitadora con numerosas complicaciones.

Se sabe que la enfermedad crónica y su posterior tratamiento provocan en el individuo que la padece una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que repercuten directamente en su estilo de vida y por tanto en su vida sexual.

1- Factores Psicológicos

La causa de los cambios psicológicos viene dada desde el primer momento en que el paciente tiene que asumir y aceptar su enfermedad crónica, la cual es causa de desequilibrio emocional. Éste, tiene que enfrentarse al temor a la muerte, al miedo a una posible intervención en caso de trasplante, a la dependencia constante de una máquina, a la pérdida del trabajo y del rol social, a la invalidez permanente, a los problemas económicos, a los conflictos con la pareja y a nivel familiar. . . etc. Todo esto conlleva a la aparición de ansiedad, depresión y otras reacciones psicosomáticas que se sobreañaden a la enfermedad orgánica.

2- Factores Etiológicos

Al enfermo con IRC se le asocian otras patologías, bien por poseerlas ya anteriormente a la aparición de su enfermedad o por ser posteriores y aparecer en el curso evolutivo del tratamiento.

Estas patologías pueden ser: Diabetes, HTA, Cardiopatía Isquémica, Anemia y Estado Hormonal, las cuales vienen a agudizar sus disfunciones sexuales.

Diabetes: La diabetes, a largo plazo, provoca la aparición de problemas a nivel sexual como son trastornos de erección e impotencia en los hombres y anorgasmia, vaginitis o dispareunia en las mujeres.

HTA: En los pacientes hipertensos hay que tener en cuenta tres modos distintos en los que la enfermedad afecta en la conducta sexual:

1- El efecto de la hipertensión en el funcionamiento sexual. La presencia de un síndrome arterial periférico es causante de disfunción erectiva y disminución de la libido en hombres y mujeres.

2- Los efectos secundarios de la medicación antihipertensiva que el paciente debe tomar (impotencia y eyaculación retardada en hombres y problemas de excitación en mujeres).

3- La reacción psicológica ante la enfermedad que se caracteriza por el miedo a que la relación sexual provoque un aumento de la presión sanguínea.

Cardiopatía Isquémica: En la Cardiopatía Isquémica hay varios factores que contribuyen a la disfunción sexual:

1- Factor Orgánico: como es la presencia de angor al iniciar las relaciones sexuales.

2- Factor Psicológico: como sentimiento de miedo al reinfarto o a la muerte súbita y ello lleva a la disminución de la frecuencia con que realizan el acto sexual.

3- Factor farmacológico: también pueden contribuir al deterioro sexual (antihipertensivos, psicótropos).

Anemia: La mayoría de pacientes en HD, presentan anemia en grado moderado/severo. La causa es debida a la alteración de la función endocrina-metabólica del riñón que se traduce en una disminución de la producción de eritropoyetina.

La anemia es la causa de un importante número de síntomas y limitaciones funcionales: astenia, fatiga, taquicardia... etc, que empeoran otros síntomas o enfermedades asociadas: insomnio, anorexia, cardiopatía isquémica, impotencia e inapetencia sexual... etc.

Estado Hormonal: En el hombre se aprecia a menudo una atrofia testicular y una disminución de la espermatogénesis además de un descenso de los niveles de testosterona.

En las mujeres sometidas a HD puede ser indicativo de una disminución de estrógenos la aparición de amenorrea o hipomenorrea, disminución de la masa del tejido mamario, descenso de la lubricación vaginal y vaginitis atrófica e infertilidad.

En definitiva, todo lo anteriormente mencionado nos sirve para reflejar que en las enfermedades crónicas es donde suele coincidir una mayor prevalencia de disfunciones sexuales por causas tanto orgánicas como psicológicas.

OBJETIVO

Valorar la aparición de disfunciones sexuales en pacientes afectados de IRC en

tratamiento con HD.

MATERIAL

Se estudian 60 pacientes, 46 hombres y 14 mujeres, de 45,5 años de edad (intervalo entre 20-60), con una media de 3,5 años en programa regular de HD a razón de 3 sesiones por semana de 3'30 h - 4 h de duración.

Se excluyeron a pacientes analfabetos, a aquellos que presentaban trastornos psíquicos y/o mentales, a extranjeros (transeuntes) y a pacientes de distintas étnias.

De los 60 encuestados, 13 son solteros, 46 casados, 2 separados. De ellos, 50 tienen pareja fija o estable, 6 pareja ocasional, quedando sólo 4 sin ningún tipo de pareja.

Sin estudios hay 9, 40 tienen estudios medios y 11 tienen estudios superiores.

Activos laboralmente hay 12, 28 no trabajan y 20 tienen la larga enfermedad.

De todos los encuestados, 20 dicen tener problemas económicos y 40 no los tienen.

METODOS

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

- Datos Sociodemográficos
- Datos clínicos
- Datos antes de entrar en HD
- Datos después de entrar en HD

Que fue entregado por el personal de enfermería y supervisión al finalizar la HD para ser devuelto en la siguiente sesión.

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

- De los 60 pacientes encuestados, 46 hombres y 14 mujeres, la enfermedad les

afecta *muchas veces* en la vida diaria a razón de un 42% en hombres y un 50% en mujeres. A destacar hay que a las mujeres, la enfermedad les afecta *pocas veces* frente a los hombres que les afecta más *continuamente* y debido, posiblemente, a las presiones de tipo laboral y económicas a las que están sometidos. (Gráfico N°1).

- Hay un gran porcentaje de enfermos que dicen tener problemas a nivel sexual (70% en hombres y 29% en mujeres) (Gráfico N°2).

- Las causas por orden de importancia tanto en hombres como en mujeres, suelen ser principalmente por motivos laborales y económicos, seguido de enfermedades, medicación y relaciones personales excepto en el caso de las mujeres en las que predominan las relaciones personales por delante de las enfermedades y la medicación (Gráfico N° 3).

- De los 39 enfermos que no presentaban DS antes de la HD, sólo 11 siguen sin presentarlas después y de los 21 que sí tenían antes pasan a incrementarse a 48 en el después. (Gráfico N° 4).

- A pesar de que la muestra va disminuyendo en los años que llevan en HD, los problemas a nivel sexual persisten. En el primer año de tratamiento con HD se observa ya un incremento notable en la aparición de las DS y a pesar de que la muestra se va reduciendo con los años, este incremento se mantiene. (Gráfico N°5)

- Se constata que de 10 enfermos que presentaban disfunciones sexuales antes de entrar en HD sin padecer patologías previas, aparecen 14 nuevos casos después de entrar en HD, lo que supone un incremento de más del 100%. Paralelamente, se puede apreciar un ligero aumento en las alteraciones sexuales en el después de la diálisis en cada una de las enfermedades excepto en la HTA que el aumento es mayor. (Gráfico N°6).

- Hemos citado anteriormente que los fármacos son un factor importante en la aparición de alteraciones sexuales. En cuanto a ello, se deduce que hay un aumento del número de pacientes que presentan alteraciones sexuales después de entrar en HD y que están tomando algún tipo de fármacos ya sea para la HTA, la Diabetes o para la Anemia. Pero además, también hay un incremento de enfermos con DS después de entrar en HD que no toman ningún tipo de medicación. (Gráfico N°7).

- Las disfunciones más usuales anteriores a la HD son en primer lugar la eyaculación precoz (7 casos) seguido de la impotencia (5) en los hombres e inapetencia (5) en las mujeres. Cabe destacar que la mayoría de los encuestados (39 pacientes) no presenta problema alguno antes de entrar en HD.

Posterior a la HD la problemática sexual que aparece mayoritariamente es la impotencia (27) seguida de inapetencia (24) y eyaculación precoz (8) en los hombres y un aumento de la inapetencia en las mujeres (8). (Gráfico N° 8).

- La mayoría de pacientes (35) antes de entrar en HD nunca presentan problemas de impotencia o de erección, reduciéndose esta cifra a más de la mitad (15) después de entrar en HD.

Los pacientes que presentan problemas de erección o impotencia *siempre, casi siempre o alguna vez* antes de entrar en HD, se multiplican por 4 duplican después

de entrar en la misma.

De los 38 pacientes que *siempre* llegaban a la eyaculación antes de la HD, sólo 23 lo lograba después de entrar en la misma y 18 han pasado a hacerlo *casi siempre, alguna vez, casi nunca o nunca*. (Gráfico N°9).

- La relación entre la frecuencia de excitación en el enfermo con IRC antes y después del tratamiento con HD y separado por sexos es la siguiente:

- La mayoría de los hombres, antes de la HD, consiguen *siempre* excitación en las relaciones sexuales. Se reduce a la mitad después de entrar en HD. En el resto de las variables (*casi siempre, alguna vez, casi nunca y nunca*) se aprecia un incremento de los pacientes que lograban excitación en el después.

- En las mujeres se observa la misma pauta de actuación que en los hombres, excepto en el *casi siempre* donde no hay variación alguna entre el antes y el después. (Gráfico N°10)

- Para finalizar, hemos obtenido que antes de entrar en programa de HD 41 hombres y 12 mujeres tenían unas relaciones sexuales satisfactorias y 5 hombres y 2 mujeres no las tenían. Después de entrar en HD sólo 11 hombres y 10 mujeres mantienen unas relaciones satisfactorias; el resto, las han perdido. (Gráfico N°11)

CONCLUSIONES

- 1.- Aparición de DS en enfermos con IRC y en tratamiento con HD.
- 2.- Incremento de las DS en dichos enfermos independientemente de tener o no patologías previas.
- 3.- En los hombres, los problemas de impotencia o erección e inapetencia son los de aparición más frecuentes después de entrar en HD.
- 4.- En las mujeres, se incrementa levemente la inapetencia sexual, sin apreciarse cambios significativos en otras respuestas sexuales.
- 5.- Después de la HD muchos hombres dejan de tener relaciones sexuales satisfactorias. En las mujeres no hay cambios apreciables.
- 6.- En los hombres se aprecia una reducción notable en conseguir el orgasmo, debido a que muchos de ellos no consiguen llegar a la eyaculación después de entrar en HD (la eyaculación en términos sexológicos es la fase de orgasmo en el ciclo de respuesta sexual).
- 7.- El mayor número de pacientes con DS aparecen en los primeros años de tratamiento con HD.
- 8.- A pesar de no tomar fármacos, en número de enfermos que presentan DS después de entrar en HD es notable.
- 9.- Además de los factores orgánicos que producen ya de por sí unas DS, están también los factores socioeconómicos cuya repercusión queda también constatada.

10.- Según los datos obtenidos deducimos que la IRC tratada con HD es causa de aparición de disfunciones sexuales.

COMENTARIOS

- El nivel de respuesta por parte de los pacientes no ha sido elevada puesto que de las 155 encuestas que fueron repartidas, sólo se recogieron 64 de ellas. Creemos que es debido en parte a que la muestra tiene una media de edad elevada y aun no han superado los tabús de tipo sexual.
- Resaltar la escasa colaboración por parte de enfermería a la hora de repartir los cuestionarios en varios centros a los que hemos acudido.
- Hacemos mención de dos casos que presentaban impotencia en uno e inapetencia en otro antes de la HD y que se ven resueltos después.
- Destacar que hemos diferenciado dos términos en el trabajo: erección e impotencia, cuando a nivel sexológico son sinónimos. El motivo es porque el término de impotencia es muy impactante y podría predisponer negativamente al enfermo a contestar con sinceridad.
- Hay que tener en cuenta que pueden existir sesgos de memoria en las respuestas de los pacientes que lleven algunos años en HD.
- La enfermedad crónica afecta a la conducta sexual del individuo. Es importante advertir que los problemas sexuales de los pacientes en HD se basan en factores tanto físicos como emocionales. Para ello es importante introducir un apartado de Historia Psico-sexual del enfermo que proporcionará información a este nivel y permitirá usar pautas de actuación adecuadas a cada caso. Deberá considerarse en el enfoque terapéutico exploraciones, informaciones y recomendaciones que ayuden a superar las incapacidades físicas, los desequilibrios emocionales y la amenaza a su vida sexual. Por ello, un buen consejo médico puede hacer disminuir la ansiedad que refleja el paciente, aumentar su autoestima, encontrar opciones sexuales que le puedan ser útiles y en definitiva, ayudar a hacer frente a esta situación.

BIBLIOGRAFIA

- 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, N° 4.
- Mira, JJ y Van Der Hofstadt, Cj (1989). Conducta sexual y enfermedad crónica. Enfermería Científica nº 84.
- 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 (1986), 5 (1): 21-50.
- Tratado de Medicina Sexual.
- Joan Andrés y Carme Fortuny. Cuidados en enfermería en la IR.
- Juan Carlos Olazabal Ulacia. Concepción Marcos Valladolid. Félix López Sánchez. Antonio Fuertes Martín. Manual de sexualidad en atención primaria.
- Bernis, C/ Mata M. El sexo como factor de riesgo. Descriptores: Insuficiencia Renal Crónica: Variaciones sexuales, Factores de Riesgo.
- Santiago, C/ Mauri, M/ Pérez Contreras, J/ Gas, JM/ Rivera, F/ Olivares, J. Función sexual, Prolactina y Parathormona en pacientes en Hemodiálisis tratados con Eritropoyetina.

Gráfico N° 1

Influencia de la enfermedad en la vida diaria



Gráfico N° 2

Pacientes con problemas sexuales

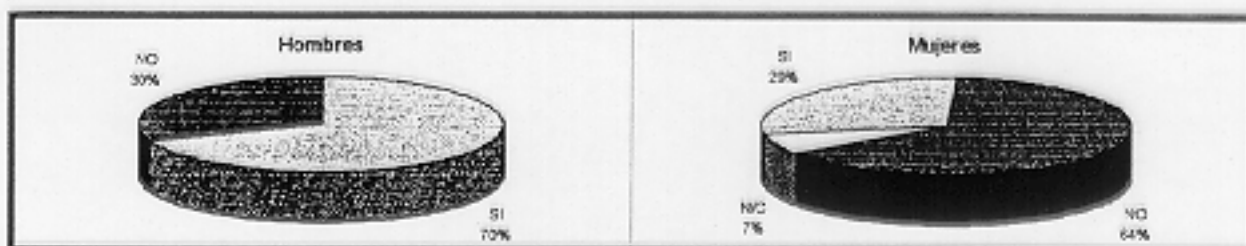


Gráfico N° 3

Autovaloración de las causas que influyen en sus relaciones sexuales

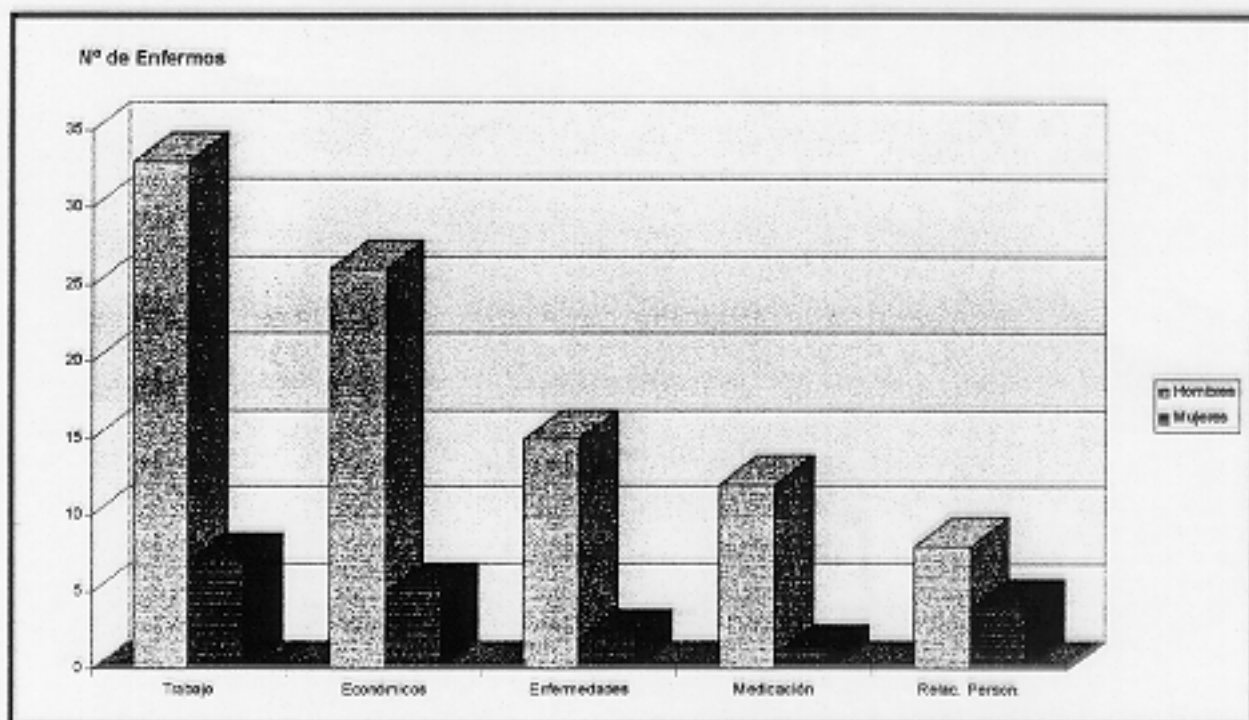


Gráfico N° 4

Enfermos con y sin disfunciones sexuales antes y después de entrar en HD

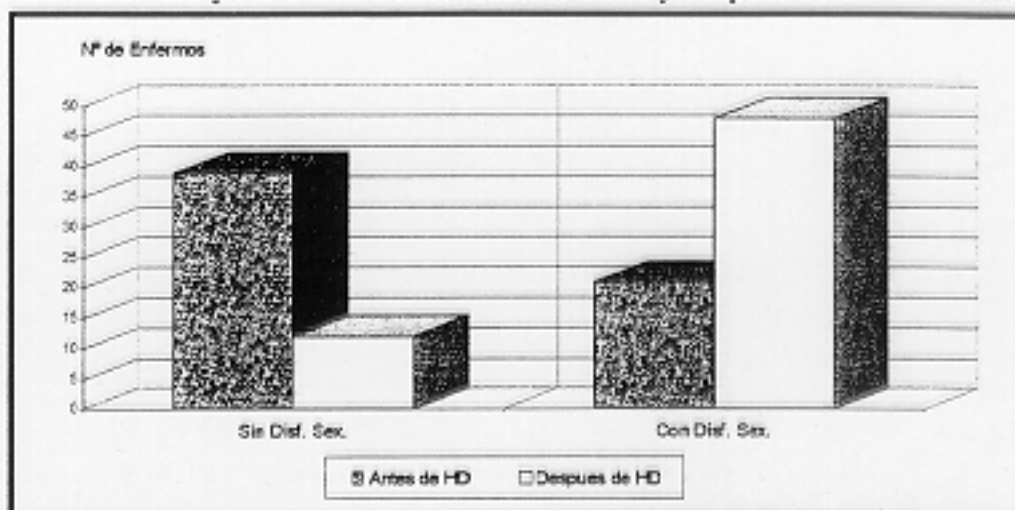


Gráfico N° 5

Incremento de las disfunciones sexuales por años de HD

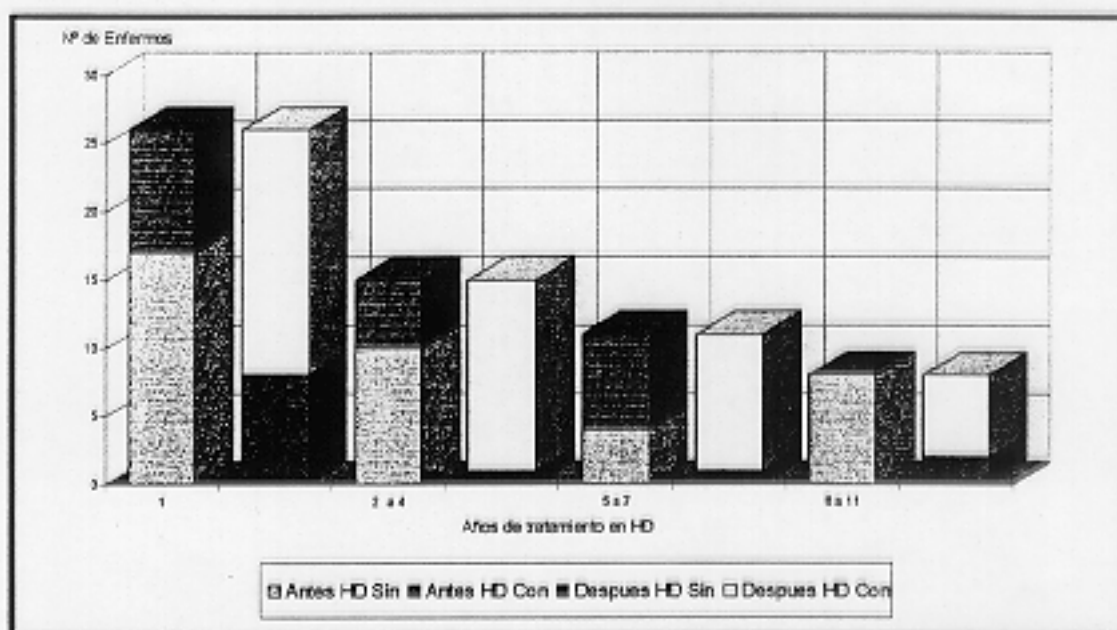


Gráfico N° 6

Antecedentes patológicos y disfunciones sexuales

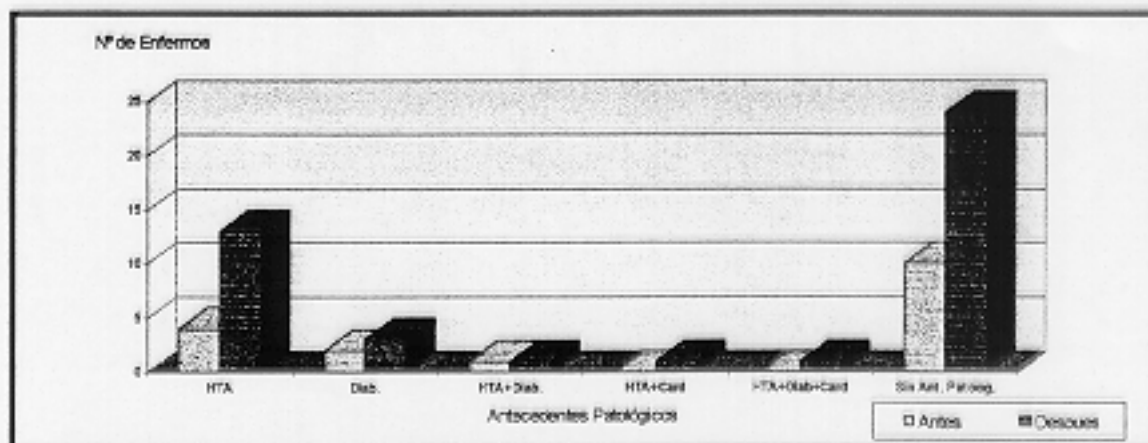


Gráfico N° 7

Medicación y disfunciones sexuales

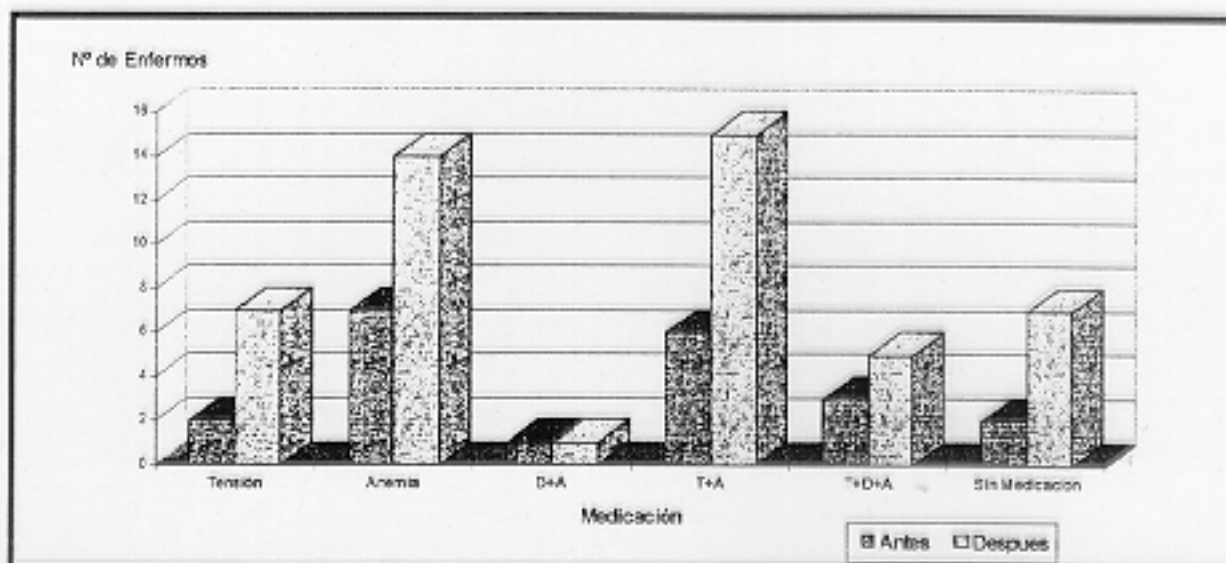


Gráfico N° 8

Evolución de las disfunciones sexuales

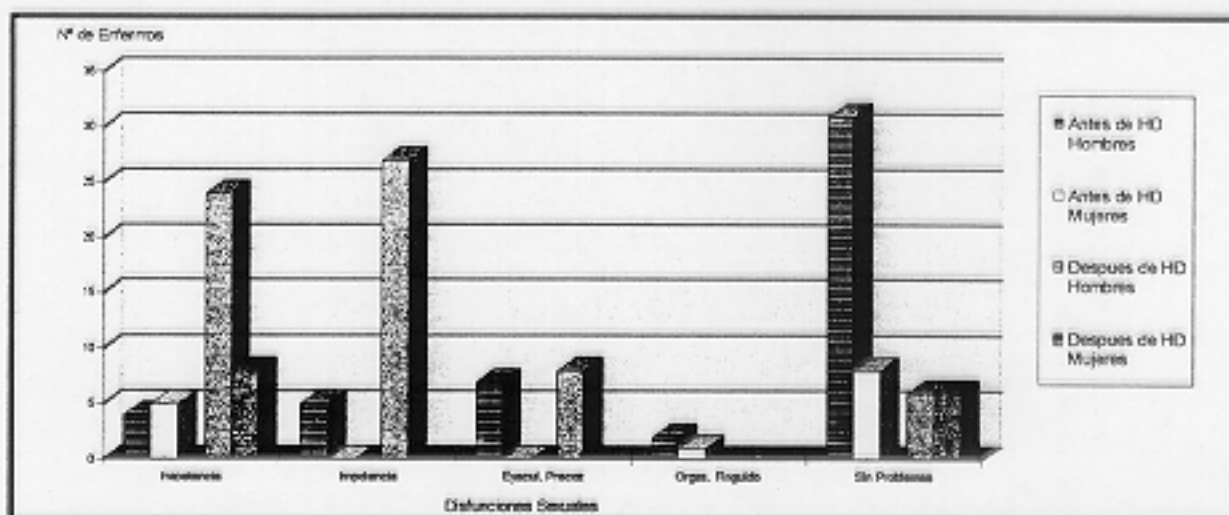


Gráfico N° 9

Valoración de las disfunciones sexuales en los hombres

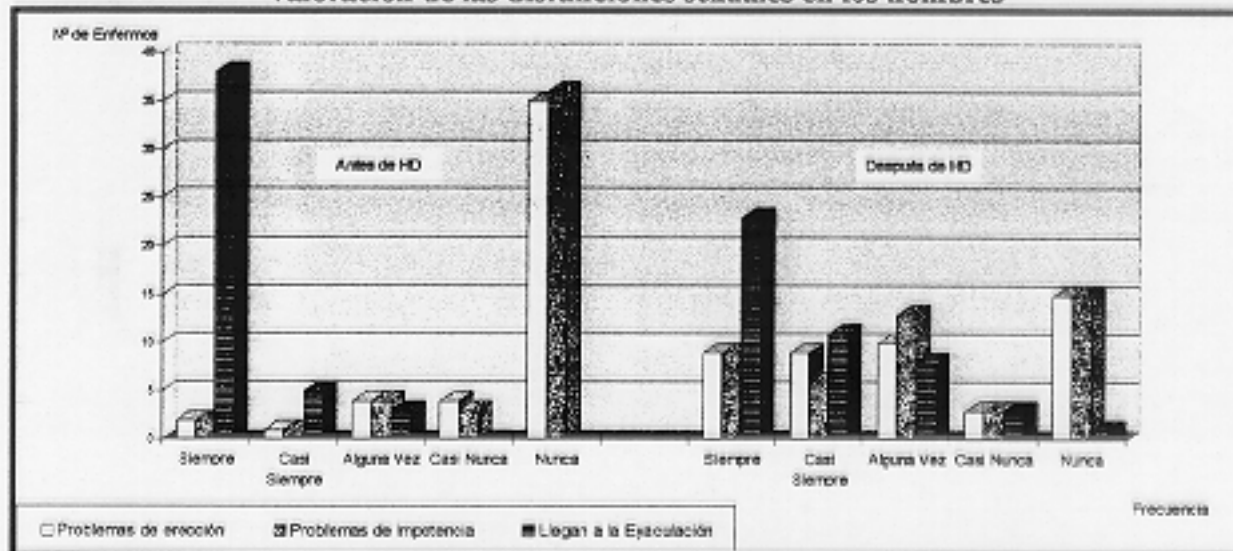


Gráfico N° 10

Frecuencia con logran la excitación sexual

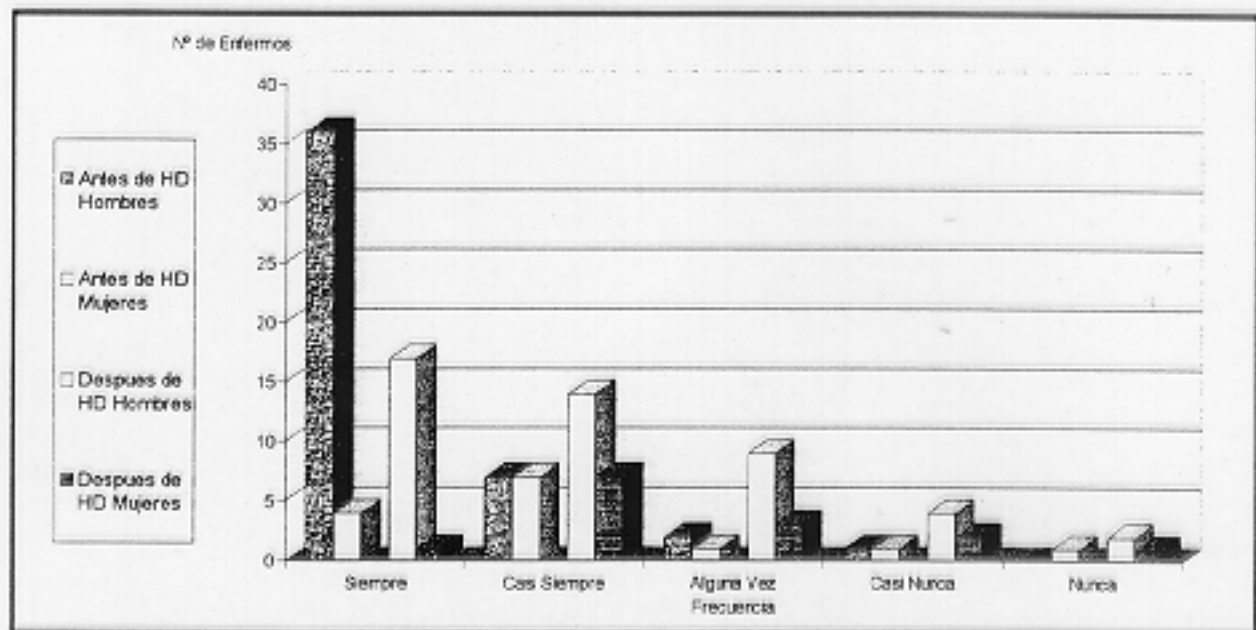


Gráfico N° 11

Relaciones sexuales satisfactorias antes y después de la HD

