

PROBLEMAS SEXUALES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Dr. D. Froilan Sánchez Sánchez

Doctor en Medicina.

Presidente de Junta Autonómica de SEMERGEN Comunidad Valenciana.

FINALIDAD DE LA PONENCIA

- Ofrecer una visión global de la Sexología Médica
- Concienciar de la necesidad que el médico de familia tiene en adquirir conocimientos en este campo.
- Evidenciar la importancia de la búsqueda de patología en la esfera sexual, dentro de la actividad cotidiana del médico de familia.

CONTENIDOS DE LA PONENCIA

- Revisión general en:
 - La respuesta sexual humana y su disfunción.
 - Etiología general de la disfunción sexual (DS)
- Específicamente la DS:
 - Por fármacos
 - En diabetes
 - En postinfartados.
- Indicaremos unas pautas de terapia sexual
 - Intervención médica (bases diagnósticas y terapéuticas)
 - Papel del médico de familia en DS

La respuesta sexual humana y su disfunción. Etiología general de la disfunción sexual (DS)

La sexualidad humana o el modo en que cada persona se reconoce o expresa su condición de ser sexuado, lleva implícita una conducta compleja que combina fenómenos fisiológicos, afectivos y cognitivos a cuyo conjunto se le denomina la respuesta sexual.

La Dra. Helen Singer Kaplan en 1979 planteó el modelo más aceptado de dicha respuesta en las que identifica varias fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. En 1991 Carrobbles y Sanz añaden la fase de satisfacción.

El DSM IV establece una clasificación de los trastornos sexuales fundamentalmente en base a las alteraciones patológicas de cada una de las fases planteadas por la Dra. Kaplan.

No obstante hemos de considerar como disfunciones sexuales más frecuentes:

<p>1. En el hombre</p> <ul style="list-style-type: none">• Disfunción eréctil• Eyaculación precoz• Eyaculación retardada• Coito doloroso	<p>2. En la mujer</p> <ul style="list-style-type: none">• Deseo sexual inhibido• Anorgasmia• Vaginismo• Dispareunia femenina
---	---

En cuanto a la etiología de la DS pueden ser:

1. de Origen orgánico:

- Hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia y otros factores de riesgo CV.
- Depresión y otras enfermedades psiquiátricas.
- Efecto adverso de algunos fármacos
- Cirugía: Prostatactomía, histerectomía, etc.

- Consumo de tabaco, alcohol, anfetaminas, etc.
- Enfermedades de localización genital: infecciones, cicatrices, tumores, etc.
- Trastornos sistémicos graves.

2. Origen psicosocial

- Factores de desarrollo: relaciones paternofiliales, sistema educacional, experiencias sexuales traumáticas, etc.
- Factores personales: Miedo anticipatorio, al embarazo, al rechazo, a las enfermedades venéreas, a la pérdida de control, al dolor, a la intimidad, sentimiento de culpa, merma de la autoestima, falta de información (Ej. desconocer la ubicación del clítoris)
- Factores interpersonales: Comunicación deficiente, pugna por el poder, hostilidad, preferencia por otra persona, falta de atracción física, etc.

En cuanto a entidades clínicas causantes de DS y concretamente de disfunción eréctil (DE) es clásico el estudio publicado en JAMA en 1983 por Slag, Morley y Elsson que consideran a los efectos secundarios farmacológicos como responsables del 25% de los casos, seguido por alteraciones urológicas (16%) y de origen psicógeno hasta el 14%.

Aunque no se conocen muchos datos, y en este sentido la patología en la esfera sexual esta necesitada que se realicen más estudios epidemiológicos, en el caso de la DE se cuenta con cifras orientativas en cuanto a su incidencia entre la población masculina. Kindsey (1948) aportó datos interesantes y encuentra una prevalencia del 1,9% a los 40 años y del 25% a 65 años. El estudio de Baltimore (1986) del 8% entre varones sanos de 55 años, 25% a los 65 años, 55% a los 75 años y 75% a los 80 años. El MMAS (Massachussets Male Aging Study, 1994) cifra la prevalencia global entre 40-70 años en un 52% (9,2 completa, 25,2 moderada, 17,2 mínima).

El Proyecto EDEM realizado en España (1999) sobre 2.480 varones obtiene una prevalencia global entre 25-70 años del 19% (16,3% mínima, 2,1% moderada, 0,6% severa), siendo interesante que el 55,9% de los afectados dice no haberse preocupado nunca de su problema de DE y que un 33,6% está de acuerdo en que necesita solución, estando en desacuerdo el 56,4%. Es interesante constatar según datos de este estudio que el 65,4% están dispuestos a consultar si se lo pidiese su pareja, el 73,5% si se lo aconseja su médico y que esta consulta la realizarían sobre todo con su médico de familia ó especialista.

Disfunción Sexual por fármacos, en diabetes, en postinfartados.

En la Diabetes (DM) es frecuente, como complicación, la presencia de DE. Su origen es multifactorial, estando implicados como mecanismos etiopatogénicos la macroangiopatía en Iliacas Internas y Pudendas, microangiopatía (mecanismo más importante), con estrechamiento arteriolar en tejido cavernoso y reducción del flujo sanguíneo necesario para la erección y neuropatía autonómica con afectación parasimpática medular (con atonía vesical y DE) o periférica con alteración de la conducción nerviosa y del tiempo de latencia del reflejo bulbo-cavernoso

La evolución de la DE en la DM suele ser progresiva, no regresa con la normalización de las tasas de glucosa y muy frecuentemente hay interacción de diversos factores psicológicos (ansiedad, reacción de la pareja, afectación de la autoestima, etc). De manera resumida la Diabetes agravaría y aceleraría los trastornos vasculares del pene, típicos del varón que envejece.

Se presentan los datos de una comunicación propia presentada al XVº Congreso Mundial de Sexología celebrado en el mes de Junio del 2001 en París basada en un estudio sobre DE en varones diabéticos y que tenía como objetivos conocer, en un núcleo poblacional de 1600 habitantes:

- N° diabéticos varones con actividad sexual (AS)
- % con Disfunción Eréctil (DE)
- Asociación de DE con: edad, años de evolución, grado de control de diabetes
- Asociación entre DE y deseo sexual.

Alcanzándose las siguientes conclusiones:

- Porcentaje de diabéticos varones con AS: 85%, presentando DE severa-completa 42,5%, moderada 7,5% y mínima 32,5%.
- Asociación (estadísticamente significativa) de DE severa-completa y moderada con edad superior a 65 años. No asociación (estadísticamente significativa) con años de evolución y grado de control de DM.
- Diabéticos sin AS, manifiestan en su totalidad nulo o bajo deseo sexual. Diabéticos con DE severa/completa y moderada manifiestan en un 50% alto o muy alto deseo sexual. Diabéticos con mínima o sin DE, en un 80% manifiestan alto o muy alto deseo sexual.

Es llamativo el hecho de que los diabéticos con DE severa/completa y moderada manifiestan en un 50% alto o muy alto deseo sexual.

En cuanto a fármacos responsables de disfunción sexual es interesante comentar el trabajo de L. C. Keene and P. H. Davies publicado en Toxicology en 1999 en la que se hace especial hincapié a la importancia de este efecto adverso en algunos antihipertensivos (sobre todo betabloqueantes y diuréticos tiazídicos), antidepressivos, neurolépticos, estrógenos y andrógenos. En este sentido es necesario conocer cuales son los antidepressivos que interactúan de manera más intensa sobre la función sexual.

Los trabajos de Matew y Weilman (1982) recogidos por el Dr. Angel Montejo y el Grupo de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales apuntan cifras entre pacientes depresivos de 35% de DE, 38% de eyaculación precoz y 47% de eyaculación retardada, cifras realmente importantes. En cuanto a aceptación de dicha disfunción sexual en el 36,6% de los casos esta situación es considerada como inaceptable por parte del paciente (Montejo et al. J Clin Psychiatry, 2000).

Es evidente que no hay una adecuada relación médico paciente a la hora de abordar los efectos secundarios, que algunos fármacos muestran, sobre la función sexual. Por un lado el paciente es reticente a contar intimidades y el médico se siente incómodo a la hora de comentarlas, con lo que el trastorno pasa desapercibido. Esto genera ansiedad en los pacientes y deterioro en su calidad de vida; si el efecto es intenso y la disfunción sexual importante puede incluso tomar la decisión, de manera autónoma, de abandonar la medicación lo que agravará su patología de base y siempre conducirá a un deterioro importante de la relación con su médico.

Según un trabajo, en fase de publicación, elaborado por los Drs V. López Merino y F. Sánchez Sánchez en cuanto a la actividad sexual (AS) de los pacientes postinfartados, la situación de este colectivo, de manera ilustrativa, es la siguiente:

- 2/4 reducirán su AS (al 25%-75% de la frecuencia previa)
- 1/4 la reanuda como antes del IAM
- 1/4 de los afectados no la reanuda.

En dicho trabajo se resumen las evidencias actuales en relación al riesgo que desde el punto de vista cardiovascular pueda suponer la AS:

- El riesgo absoluto de IAM o muerte inducido por la AS se incrementa, de manera escasa, en solo el 0,01% entre los individuos sanos de mediana edad y del 0,10-0,20% entre los individuos con riesgo coronario.
- El esfuerzo físico que requiere la realización del acto sexual es en general de intensidad ligera-moderada.

- Se indica el odds ratio en diversas y posibles circunstancias desencadenantes de IAM: cólera o enfado, ejercicio físico intenso y AS (en este caso discriminando entre AS sin IAM previo, con historia previa de angina y con historia previa de IAM), siendo el correspondiente a la AS semejante al de situaciones de cólera o enfado y desde luego muy inferior al que se corresponde con el ejercicio físico intenso.
- Se señala el riesgo de accidente coronario en la AS, que depende de manera importante de "la forma física previa" (práctica habitual de ejercicio físico).

Se recogen las recomendaciones de la Conferencia de Princeton sobre evidencias científicas en relación a AS y riesgo coronario y se propone un protocolo de actuación de utilidad en práctica clínica, basado en criterios de consenso entre el médico de familia y el cardiólogo, que permite al primero aconsejar con evidencia científica, a los pacientes postinfartados la reanudación o no de AS.

Intervención médica (bases diagnósticas y terapéuticas). Papel del médico de familia en DS:

En toda DS han de considerarse, a la hora de realizar el diagnóstico, varios aspectos esenciales partiendo de la idea básica de la necesidad de una buena comunicación con el paciente. Tenemos que reconocer que muchas veces el médico no pregunta a sus pacientes sobre posible patología en su esfera sexual, que tampoco estos consultan y habremos de estar diligentes a la hora de establecer las condiciones apropiadas para superar dicha situación. Una vez superadas estas cuestiones, entraremos a valorar los factores orgánicos y psicológicos implicados y a realizar una correcta evaluación, que irá dirigida a distinguir la causa de la DS, ya desde la primera entrevista.

- Orientan a factor psicógeno: la aparición brusca, circunstancial y situacional.
- Orientan a factor orgánico: la aparición lenta y progresiva, no circunstancial ni situacional.

Pero hemos de tener en cuenta que la mayor parte de las DE son de carácter mixto

Se considera muy importante en terapia sexual el plantear una serie de principios generales, esencialmente: Compartir y afrontar el problema en pareja, tranquilizar a ambos, desculpabilizar al individuo afectado, ofrecer una adecuada información sexual (ciclo de respuesta sexual y otras cuestiones relevantes: normalidad de las diversas actividades sexuales, fantasías, anticoncepción, etc.). Es interesante animar a la expresión de dudas, temores, gustos, necesidades, tanto en la entrevista como en la relación de pareja, así como informar sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades de tratamiento.

En cuanto a intervención general en terapia sexual es necesario reducir la ansiedad en el desempeño sexual (ansiedad anticipatoria, rol de observador), afrontar y solucionar problemas de estrés, modificar pensamientos, creencias y expectativas, mejorar la relación y comunicación de la pareja (cambios de roles sexuales y estilo de vida perturbadores) y es deseable el adiestramiento en algunas técnicas de relajación.

Como recurso terapéutico está la utilización de fármacos ¿Cuándo hacerlo?: en aquellas situaciones subsidiarias de su empleo en las que se evidencie el fracaso de la terapia psicológica. Concretando en el caso de la DE, en aquellos individuos en los que existe una fuerte demanda de sexualidad coital. Se pueden igualmente emplear fármacos, de manera muy puntual, en determinadas disfunciones para reducir la ansiedad.

Podríamos resumir, el papel del médico de familia en DS, esencialmente en los siguientes puntos:

- Detección de la DS.
- Diagnóstico etiológico.
- Evaluación en cada caso del "peso" de los componentes orgánico y psicosocial.
- Abordaje terapéutico.
- Opcionalmente derivación a especialista: urólogo, endocrino, cardiólogo, sexólogo, etc.

DR. Froilán Sánchez Sánchez

Doctor en Medicina

Presidente SEMERGEN de la Comunidad Valenciana.