



**Salud, malestares y problemas sexuales**  
**Textos y contextos**

I Consenso de Enfermedades Renales  
y Sexualidad

VOLUMEN IV

# Salud, malestares y problemas sexuales Textos y contextos

I Consenso de Enfermedades Renales  
y Sexualidad

## Compiladores

Beatriz Torrez Rodríguez  
Ada C. Alfonso Rodríguez  
Carlos G. Gutiérrez Gutiérrez

## Coordinadores del Consenso

Carlos G. Gutiérrez Gutiérrez y Beatriz Torres Rodríguez

## Coordinador del documento técnico

Carlos G. Gutiérrez Gutiérrez

VOLUMEN IV

## ÍNDICE

Edición: Rubén Casado García

Obra de portada: María Caridad (Mary Cary) Díaz García. De la serie «Tramas, nexos y cuerdas», 2015. Acrílico sobre lienzo. 235 x137 cm.

Diseño de cubierta, interiores y maquetación: jacalfonso

© Beatriz Torrez Rodríguez, Ada C. Alfonso Rodríguez, Carlos G. Gutiérrez Gutiérrez, compiladores, 2015

© Carlos G. Gutiérrez Gutiérrez, Beatriz Torres Rodríguez (coordinadores de Consenso)

© Carlos G. Gutiérrez Gutiérrez (coordinador de documento técnico)

© Sobre la presente edición: SOCUMES, 2015

© Sobre la presente edición: Editorial CENESEX, 2015

ISBN: 978-959-7187-57-8 (obra completa)  
978-959-7187-73-8 (volumen)

Centro Nacional de Educación Sexual  
Calle 10 no. 460, esquina a 21, Vedado  
Plaza, Ciudad de La Habana  
Tel: (53 7) 838 2528 - 29 ext. 154  
<http://www.cenesex.org>

<b>PRÓLOGO</b>	9
<b>CONTEXTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES RENALES CRÓNICAS Y LA SEXUALIDAD</b>	15
Dr. Carlos Gutiérrez, Dra. Beatriz Torres, Dr. Julio César Candelaria, Dra. Claudia Acosta	
<b>ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DISFUNCIÓN SEXUAL DESDE UNA VISIÓN LATINOAMERICANA</b>	31
Dr. Jonathan Chávez, Dr. Guillermo García	
<b>FISIOPATOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA</b>	40
Dr. Raymed Bacallao	
<b>LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE EN ESTADIO 5 DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA</b>	81
Dr. Dagoberto Semanat Vaillant	
<b>SEXUALIDAD EN MUJERES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA</b>	103
Dra. SaylÍ Álvarez, Dra. Daymiris Méndez, Dra. Janete Treto, Dr. Ernesto Delgado, Dr. Carlos Gutiérrez, Dr. Julio Valdivia	
<b>SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR, ENFERMEDADES PROSTÁTICAS Y SEXUALIDAD: REPERCUSIÓN DEL TRATAMIENTO UROLÓGICO</b>	113
Dr. Ramiro Fraga	

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. IMPACTO EN LA SEXUALIDAD Y LA VIDA EN PAREJA Dra. Beatriz Torres, Dr. Carlos Gutiérrez	125
LA SEXUALIDAD COMO PARTE, EXPRESIÓN E INDICADOR DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Lic. Loraine Ledón	139
SOBRE AUTORAS Y AUTORES	182
LISTA DE EXPERTOS PARA CONSENSO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y SEXUALIDAD	184

## PRÓLOGO

El día 30 de octubre de 2014 se realizó en La Habana el I Consenso de Enfermedades Renales Crónicas y Sexualidad. Este evento fue organizado por la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES), auspiciado por la Sociedad Cubana de Nefrología y patrocinado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNFPA). Hubo una participación de 53 expertos nacionales y un colega mexicano, en diferentes especialidades, como sexología, nefrología, psicología, cardiología, urología, especialistas en MGI, licenciados en enfermería, ginecología y endocrinología. Asistieron presidentes de sociedades científicas y varios doctores en ciencias y másters, así como estuvieron representadas instituciones de salud de las provincias de La Habana, Pinar del Río y Matanzas. Además de las conclusiones y recomendaciones de los ponentes, se aprobaron por consenso 17 nuevos aspectos a partir de más de 40 intervenciones realizadas por los asistentes, las que se añadieron a las presentaciones originales para la confección de este libro.

Los profesionales invitados a realizar ponencias y a escribir sus correspondientes artículos, tuvieron en común ser muy destacados en sus especialidades, inteligentes y muy preocupados por el bienestar integral de sus pacientes y de la población en general. Resulta honesto y oportuno destacar que cuando los organizadores del Consenso les indicaron el título del tema a impartir, muchos respondieron con la sinceridad que también les caracteriza que conocían teóricamente muy poco sobre el tema. Unos días después añadieron que la bibliografía y las investigaciones que utilizarían en sus presentaciones también eran

escasas. La respuesta de los organizadores, preparada de antemano, fue: «Por eso es necesario realizar el Consenso». Honor a quien honor merece: todos hicieron su mayor esfuerzo y con entusiasmo y profesionalidad realizaron sus presentaciones y confeccionaron sus artículos con profundidad, originalidad y actualización. No solamente fue una revisión teórica, también se encuentra el producto de sus investigaciones, de su amplia experiencia y de su sensibilidad. Por igual debe agradecerse y destacarse la participación de profesionales de diversas especialidades que contribuyeron con sus intervenciones y consenso a la calidad del evento y de los artículos para este libro.

A continuación se ofrece una breve reseña de los artículos, en el mismo orden en que fueron expuestos en el Consenso.

El doctor Carlos Gutiérrez, nefrólogo del Hospital CIMEQ, abordó el contexto clínico-epidemiológico de las enfermedades renales crónicas (ERC) y la sexualidad. En su artículo se hace hincapié en brindar a la sexualidad la importancia que posee e incrementar los objetivos a lograr con el tratamiento, ser más integrales y aprovechar el cambio de actitud que se produce en los pacientes en relación con sus estilos de vida no saludables cuando presentan una disfunción sexual (DS). Nunca olvidar que la sexualidad no desaparece con el envejecimiento ni con las enfermedades por graves que parezcan. Enfoca la necesidad de parámetros uniformes para el análisis de la posible mejor terapéutica en el paciente con ERC y propone una evaluación cualitativa con la posible conducta en relación con el tratamiento de las DS. Sugirió la inclusión de la sexualidad en el Programa de Prevención, Control y Tratamiento de la ERC y en el programa docente de formación de especialistas en nefrología.

El doctor Jonathan Chávez, nefrólogo del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, en México, trató el tema de la ERC y la sexualidad desde una visión latinoamericana. En su artículo plantea la prevalencia alta de DS en los pacientes con ERC y relaciona la mala calidad de vida y la depresión con las DS. Expresa que la investigación del tópico

*ERC-sexualidad* es pobre en la literatura mundial, y aún más en países en desarrollo; considera que el tema quizás no es atractivo para la comunidad nefrológica, incluso para los pacientes, por lo que existen múltiples limitantes que no permiten el crecimiento científico del tema, entre estas las cuestiones de tabú sexual, morales, sociales, machistas y religiosas.

El doctor Raymed Bacallao, nefrólogo del Instituto de Nefrología Dr. Abelardo Buch López, desarrolló el tema referente a la fisiopatología de la respuesta sexual en la ERC. De una forma detallada define las alteraciones en ambos sexos. Los niveles séricos de prolactina y su actividad biológica se incrementan en la ERC, pues se considera una toxina urémica que ocasiona disminución de la libido, trastornos menstruales, galactorrea e infertilidad. Asimismo, la debilidad del suelo pélvico y la disfunción vesical predisponen a la DS. En los varones la DS es primariamente orgánica en naturaleza, su origen es multicausal e incluye el ambiente urémico, los trastornos endocrinos, la neuropatía periférica, la disfunción autonómica, la enfermedad vascular periférica y la terapia farmacológica, a lo que se suman elementos psicológicos como la depresión y la ansiedad. La disfunción endotelial constituye el nexo fisiopatológico entre la disfunción eréctil, la enfermedad cardiovascular isquémica y la vasculopatía periférica.

El doctor Dagoberto Semanat, nefrólogo del Hospital Hermanos Ameijeiras, abordó el tema de la sexualidad en el paciente en estadio 5 de ERC. Destaca que existe un incremento de las DS en estos enfermos y que la ERC tratada con hemodiálisis es causa por sí sola de la aparición de las DS, las que ocurren en mayor número en los primeros años de tratamiento, condicionadas por diversos factores. En los hombres, los problemas de dificultad para la erección e inapetencia sexual y la reducción notable en conseguir el orgasmo, son los de aparición más frecuente posterior a la entrada en diálisis, en tanto en las mujeres se incrementa levemente la inapetencia sexual, sin apreciarse cambios significativos en otras respuestas sexuales. Pudiera existir una mejoría tras un trasplante renal exitoso, aunque tras este aparecen factores de novo con destaque

para el efecto de los inmunosupresores, las enfermedades asociadas y condiciones iatrogénicas relacionadas con el proceder quirúrgico que elevan la frecuencia de las DS en relación con la población general. El Sildenafil es un tratamiento de la DSE que resulta útil y seguro en los pacientes con ERC que se hallan bajo régimen de hemodiálisis iterada, y puede resultar extensivo a los pacientes trasplantados, en aras de mejorar su calidad de vida.

La doctora SaylÍ Álvarez, nefróloga del Hospital CIMEQ, tuvo a su cargo un tema poco investigado: la sexualidad en las mujeres con ERC. Refleja que la ERC afecta la conducta sexual del individuo que la padece y que la mayoría de las mujeres con esta patología sufren trastornos físicos y emocionales que provocan DS durante el curso de su enfermedad. Desgraciadamente no se hace énfasis en la calidad de vida sexual de las mujeres con ERC durante la detección, el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad por el equipo multidisciplinario que provee la atención médica. Como la mayoría de las mujeres con ERC no consideran relevante las manifestaciones de DS que experimentan como parte del complejo espectro sintomático de su enfermedad, plantea que las mujeres con ERC deben evaluarse por un equipo multidisciplinario integrado por nefrólogos, urólogos, psicólogos clínicos, nutricionistas y trabajadores sociales, con el fin de introducir un apartado en la historia psicosexual de la enferma que proporcione información adecuada para la actuación en cada caso.

El doctor Ramiro Fraga, urólogo de la Clínica Internacional Cira García, desarrolló el tema de la ERC y la DS, la repercusión de su tratamiento urológico, utilidad y experiencias con los diferentes tratamientos de las DS. En este artículo se destaca que los síntomas del tractus urinario inferior están muy relacionados con la ERC y la sexualidad, y se producen por diversas enfermedades como las prostáticas, tanto benignas como malignas, y las entidades que dificultan el vaciado de la vejiga. Los distintos trastornos sexuales que quizás se presenten en estos pacientes (disfunción eréctil, trastornos eyaculatorios, falta de deseo sexual y dificultad para lograr el orgasmo), pudieran aparecer solos o asociados

unos con otros. A todo lo anterior se le suman los efectos secundarios de algunos tratamientos medicamentosos o quirúrgicos.

La doctora Beatriz Torres, psicóloga clínica y sexóloga del Hospital CIMEQ, desarrolló el tema de la ERC, la sexualidad, la pareja y su tratamiento. En este artículo plantea que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) están en aumento y que la mayor parte de sus factores de riesgo coinciden con los de las DS. El subregistro de estos aspectos constituye un problema generalizado. Ante el diagnóstico de una ECNT se produce un duelo, que se expresa en las representaciones acerca del cuerpo, la sexualidad y el validismo. El interés de los pacientes en el cambio de sus estilos de vida desfavorables pudiera aumentar si conocen los riesgos de las DS y mejoran los estilos de afrontamiento. Resulta necesario tener en cuenta estos aspectos del duelo para poder orientar y valorar al paciente y su pareja en toda su integralidad. Para lograrlo se necesitaría capacitar a profesionales con el fin de tratar a estos pacientes, ya que por su perfil necesitan una visión integradora y holística, y orientarlos de la existencia de las consultas de sexología.

La licenciada Loraine Ledón, psicóloga clínica y sexóloga de la Clínica Internacional Cira García, trata el tema referido a la calidad de vida percibida, la DS y la ERC. Plantea que las personas con una ERC transitan por varias etapas evolutivas (la predialítica, la dialítica y la etapa de trasplante renal), asociándolas a respuestas psicológicas que van desde la negación hasta la aceptación. Incluye preocupaciones sobre temas existenciales, relaciones interpersonales, ocupaciones y actividades cotidianas y el cuerpo, que pueden afectar la salud psíquica del individuo y por tanto provocar efectos indeseables en la evolución de la enfermedad. La incidencia de DS en personas y parejas con algún miembro con ERC es muy elevada, lo cual genera intenso malestar psicológico y social. El médico puede causar iatrogenia sobre la sexualidad y la calidad de vida de la persona con ERC si no pondera los efectos perjudiciales de un tratamiento sobre la sexualidad.

La frase central del Consenso, que aspiraba a ver e ir más allá de lo usual, fue: «La sexualidad es tan importante como no tener síntomas y orinar bien».

Esperamos que las ideas vertidas en este material sirvan para ayudar a la ampliación del pensamiento de todos los implicados en el tema y repercuta en el logro de una mejor atención y calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

LOS AUTORES

## CONTEXTO CLÍNICO–EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES RENALES CRÓNICAS Y LA SEXUALIDAD

Dr.C. Carlos Gutiérrez Gutiérrez, Dra.C. Beatriz Torres Rodríguez, Dr. Julio César Candelaria Brito, Dra. Claudia Acosta Cruz

### Introducción

La Declaración de la WAS (Asociación Mundial para la Salud Sexual), emitida en octubre de 2014 en Punta Cana, República Dominicana, expresa que la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental, emocional y social, relacionado con la sexualidad y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Junto a lo anterior la Declaración de Derechos Sexuales, en su acápite número 7, reafirmó el derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual. Para poder cumplir estos preceptos se requiere para la atención de la salud sexual de servicios con calidad, disponibles, accesibles y aceptables (1, 2).

El I Consenso de Enfermedades Renales Crónicas y Sexualidad, efectuado el 30 de octubre de 2014, en La Habana, Cuba, adoptó un lema para tratar de sensibilizar a todos los especialistas que atienden a los nefrópatas crónicos, con el objetivo de tener una visión más integral de estos: «La sexualidad es tan importante como no tener síntomas y orinar bien».

El hecho de que no abunde la literatura científica en relación con estos temas, justifica la necesidad de la realización de estos consensos.



## Desarrollo

Existe una realidad insoslayable: muchos de los factores de riesgo para la sexualidad coinciden con los factores de riesgos renales, cardiovasculares y cerebrovasculares. Son síntomas centinelas en un sentido bidireccional; es decir, la presencia de una disfunción sexual (DS) hace presagiar que existe alguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular o metabólica, y viceversa: cuando atendamos a un paciente con alguna enfermedad renal crónica (ERC), debemos descartar la posibilidad de que también sufra una DS (2).



FIGURA 1. NO OLVIDAR LOS SÍNTOMAS CENTINELAS EN UN SENTIDO BIDIRECCIONAL.

Constituye una realidad en todas las latitudes que tradicionalmente muchos enfermos no toman muy en serio las recomendaciones de sus doctores cuando los previenen sobre los factores de riesgo o sobre la existencia de una enfermedad crónica.



FIGURA 2. LA RISA CUANDO SE IGNORAN O NIEGAN LAS CONSECUENCIAS  
(FOTO TOMADA DE INTERNET).

Sin embargo, cuando aparece una DS, el panorama cambia totalmente y comienzan las preocupaciones, sobre todo por el rendimiento sexual. Tanto por lo reportado por la literatura como por las experiencias en la consulta multidisciplinaria de sexología del hospital CIMEQ, se ha observado que los pacientes incrementan la adherencia al tratamiento de su enfermedad y a las recomendaciones médicas cuando comienzan a presentar una DS.



FIGURA 3. COMENZARON LOS PROBLEMAS QUE MÁS NOS PREOCUPAN Y DEPRIMEN  
(FOTO TOMADA DE INTERNET).

A continuación se reflejan algunos datos tomados de la consulta multidisciplinaria de sexología, efectuada por los autores (datos aún no publicados), en el hospital CIMEQ en los últimos cinco años (2008-2013).

- Muestra aleatoria: 100 pacientes
- De ellos, masculinos: 100
- De 60 años y más: 70 %
- Obesos: 60 %
- HTA: 60 %
- Fuman: 50 %
- Dislipidemias: 35 %
- DM: 20 %
- Hiperuricemia: 20 %
- Cardiopatías isquémicas: 15 %
- ERC: 15 %
- Trasplantados renales: 10 %

- Uso de beta-bloqueadores: 30 %
- Uso de tiazidas: 20 %
- Sedantes: 15 %

Se destaca que no había pacientes del sexo femenino, expresión quizás de que tanto las mujeres como sus médicos descartan la sexualidad de sus pensamientos y prioridades cuando están aquejadas de una enfermedad crónica; la mayor parte eran adultos mayores (AM), con una gran cantidad de factores de riesgo, y en muchos se estaban utilizando medicamentos que favorecen la aparición de una DS o la agravan.

Los cambios demográficos que están ocurriendo de una forma acelerada; los pacientes cada vez menos jóvenes y más AM; la prevalencia creciente de enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de estas las ERC; y a su vez una disminución de las muertes por estas causas, hacen presagiar que la realidad evidenciada en los datos anteriormente citados irá en aumento en los próximos años. Posiblemente las necesidades estén muy por delante de la preparación actual de los servicios de salud, de ahí la importancia del estudio de estos temas por todas las especialidades imbricadas. La sexualidad no es exclusiva de los jóvenes, para los AM también resulta muy importante (3, 4).



FIGURA 4. LA SEXUALIDAD NO ES EXCLUSIVA DE LOS JÓVENES, PARA LOS ADULTOS MAYORES TAMBIÉN RESULTA MUY IMPORTANTE (FOTO TOMADA POR EL AUTOR).

Las principales causas de ERC en el AM son la enfermedad vascular aterosclerótica —muy relacionada con otras causas también muy importantes,

como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la obesidad—, las enfermedades urológicas y las enfermedades oncológicas (5, 6).

Según estas causas, se puede afirmar que el endotelio vascular y los factores de riesgo constituyen un punto de unión indisoluble para nefrólogos, cardiólogos, endocrinólogos, neurólogos, internistas y especialistas de medicina general integral, entre otros.

La obesidad, epidemia creciente desde el siglo anterior, tiene un cortejo fisiopatológico —provocado principalmente por la grasa visceral— de citoquinas, TNF- $\alpha$ , IL-1 y 6, PCR, leptina, resistina, visfatina, alteraciones del sistema renina-angiotensina-aldosterona, aumento del estrés oxidativo, aumento del tamaño glomerular y aparición de glomerulosclerosis segmentaria y focal, todo enmarcado en un aumento de la aterogénesis y de la disfunción endotelial. Todos los aspectos anteriores también favorecen la aparición de DS. La figura 5, que representa a un paciente trasplantado renal, obeso, diabético, hipertenso, con una gota y una DS, ilustra lo que debe impedirse con el control de los factores de riesgo.



FIGURA 5. UN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL, OBESO, DIABÉTICO, HIPERTENSO, GOTOSO Y CON UNA DISFUNCIÓN SEXUAL (FOTO TOMADA POR EL AUTOR).

Los problemas urológicos como causa de ERC —que influyen decisivamente también en la aparición de DS tanto por su existencia como por las posibles secuelas de su tratamiento (litiasis renales, entre estas), con reales oportunidades preventivas en muchas oportunidades— constituyen retos insoslayables para los servicios de salud.

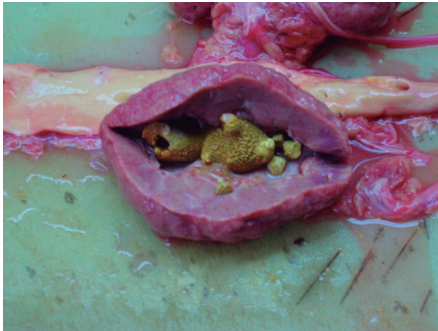


FIGURA 6. LITIASIS RENAL CORALIFORME (FOTO CORTESÍA DEL DOCTOR CARLOS ALFONSO, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, DEL HOSPITAL CIMEQ).

Las enfermedades y las causas de muerte por cáncer están aumentando en todas las latitudes. El cáncer de cualquier tipo establece también una relación bidireccional con las ERC, pues una de estas o las consecuencias de su tratamiento causan o agravan la otra. A tenor con los adelantos tecnológicos, debemos considerar las enfermedades malignas como enfermedades crónicas y encararlas también con un enfoque preventivo y rehabilitador. Si queremos que estos enfermos gocen de una calidad de vida percibida satisfactoria, no podemos olvidar que tienen una frecuencia elevada de DS, las que también recaban la mayor atención.



FIGURA 7. CÁNCER DE COLON (FOTO CORTESÍA DEL DOCTOR CARLOS ALFONSO, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, DEL HOSPITAL CIMEQ).

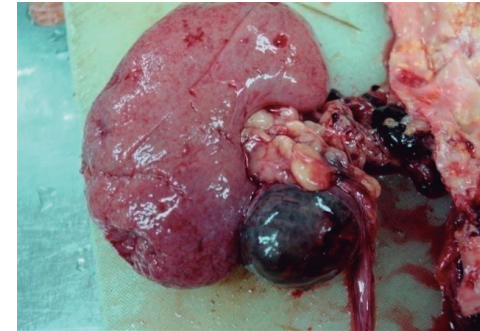


FIGURA 8. TUMOR RENAL (FOTO CORTESÍA DEL DOCTOR CARLOS ALFONSO, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, DEL HOSPITAL CIMEQ).

Hay otras situaciones en los AM, que si bien no constituyen enfermedades, condicionan la aparición de estas. El cese de las actividades laborales conduce a que en muchas oportunidades el AM deje de realizar otras actividades productivas, incluso el ejercicio físico, con una desfavorable repercusión bio-psico-social que va desde la osteoporosis, las caídas con fracturas, el incremento o descompensación de enfermedades crónicas, hasta el abandono familiar, la soledad y una profunda depresión que no deja lugar para una sexualidad satisfactoria (7, 8).



FIGURA 9. ADULTOS MAYORES SEDENTARIOS (IMÁGENES DE PINTURAS TOMADAS DE INTERNET).

Por tanto, para que los AM gocen de una calidad de vida adecuada, se necesita un enfoque integral y multifactorial, en el que el ejercicio físico y la sexualidad tienen tanta importancia como los aspectos puramente biológicos de las enfermedades que puedan padecer.



FIGURA 10. ADULTOS MAYORES DISFRUTANDO DE UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA  
(IMÁGENES TOMADAS DE INTERNET).

Los autores de este artículo desarrollaron una investigación en cuatro servicios de diálisis cubanos, durante los años 2007-08 (9, 10); los aspectos más comunes fueron:

- la falta de comunicación y de información sexual (tanto entre la pareja como por el equipo de salud);
- la alta prevalencia de DS;
- el apoyo y manejo deficitario de la pareja;
- las barreras y dificultades en la accesibilidad a la atención especializada.

Uno de los autores, en el tópico de «Ética en la asistencia y en las investigaciones científicas en los adultos mayores» de su libro *Riñón y envejecimiento* (11), abordó los aspectos relacionados con una visión integral de los enfermos, de acuerdo con el tipo de tratamiento seleccionado, ya fuera médico (¿paliativo?) o sustitutivo, en el que

se incluía el tratamiento prediálico, durante la diálisis o si el AM recibía un trasplante renal. No puede olvidarse que tanto los métodos dialíticos como el trasplante renal, no obstante sus efectos beneficiosos, también añaden nuevos factores de riesgo y posiblemente hasta nuevas enfermedades crónicas en muchos casos; estos aspectos también deben tenerse en cuenta a la hora de seleccionar el tratamiento más adecuado.

Resulta importante destacar, en relación con estas dos últimas opciones terapéuticas, que existen diferencias notables entre los países, según no solo sus posibilidades económicas, sino también su voluntad política:

- una minoría de países dializa o trasplanta a todos los necesitados;
- un grupo dializa a muchos pacientes, a unos muy bien y a otros con diálisis de sobrevivencia (el objetivo único es alargar un poco la vida en estos últimos);
- otros dializan a una minoría de los necesitados, a unos muy bien y a otros con diálisis de sobrevivencia;
- un grupo no despreciable no dializa ni trasplanta a nadie.

Por tanto, también estas estrategias, que escapan en gran medida de los deseos y esfuerzos del personal de la salud, influirán en el posible goce de una sexualidad plena.

Puede afirmarse que no existen parámetros uniformes de evaluación para decidir, junto al enfermo y sus familiares, cuál es la mejor opción terapéutica, por lo que se corre el riesgo, al dejar esta decisión a la espontaneidad, que se induzca la no aceptación de los métodos dialíticos o trasplante renal en los que se consideren «menos elegibles» y, por consiguiente, se condenen a una sobrevida mucho más corta. Lo contrario tampoco sería recomendable, porque existe la posibilidad de un encarnizamiento terapéutico (distanasia) y se insista en tratamientos cruentos y costosos desde todos los puntos de vista, a sabiendas de que resultarán fútiles. Asimismo, resulta importante destacar que el nefrólogo de asistencia no es juez ni jurado, ni administrador o decisor de



los recursos de salud, ni policía o detective, ni un dios para decidir con sus acciones quién vive o quién muere de una forma más o menos rápida.

Por tanto, se necesitan parámetros uniformes para el análisis de la posible mejor terapéutica en el paciente con una ERC. En una magnífica revisión publicada por Swidler en 2012 (12) se clasifican a estos pacientes en tres fenotipos:

- saludable
- vulnerable
- frágil

Para llevar a la práctica esta clasificación, se necesita una serie de instrumentos en forma de escalas, que pudieran hacer algo engorrosa su utilización en la práctica clínica diaria. Asimismo, el empleo de los términos *saludable*, *vulnerable* y *frágil* pudiera suscitar confusión, sobre todo en algunos pacientes y familiares (por ejemplo, un AM, clasificado como saludable, puede tener una arritmia grave relacionada con el tratamiento dialítico e incluso morir inesperadamente), por lo que los autores de este artículo proponen una clasificación que, además de aplicarse con facilidad por los médicos de asistencia, conduzca a un criterio pronóstico más claro y a también permitiera recomendar los tipos de tratamiento específico, ya sea médico (activo, conservador o paliativo), diálisis o trasplante, sin olvidar el tratamiento de la probable DS, acorde con las características de cada enfermo.

Para ello, partiendo del hecho de que resulta también muy difícil o imposible una evaluación cuantitativa precisa, ya que un solo factor en un paciente puede tener más peso que varios en otro y de que se debe tener presente siempre que se evalúan enfermos y no cifras, se propone una evaluación cualitativa y por consenso, que incluye al paciente y su familia, y los divide en tres grupos:

- Grupo A: PEB (probablemente evolucione bien)
- Grupo B: EI (evolución imprecisa)
- Grupo C: PEM (probablemente evolucione mal)

Para desarrollar estos aspectos, se emplearon algunos resultados iniciales de una investigación en curso, que tendrá salida como una tesis de doctorado titulada «Nefropatías crónicas en el adulto mayor. Atención integral en el nivel primario de salud». Uno de los autores es el aspirante y otro su tutor. En este estudio se tomaron 40 AM que padecían de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus; 38 de ellos tenían una ERC en diferentes estadios.

Grupo A: PEB (probablemente evolucione bien): 30 pacientes

Parámetros de evaluación:

- $\leq 80$  años de edad;
- índice de masa corporal  $> 20 \text{ Kg/m}^2$ ;
- albúmina plasmática  $> 25 \text{ g/L}$ ;
- no comorbilidad, solo la causa de la ERC o no grave (principalmente cardiovascular);
- estar apto para recibir un trasplante renal;
- estado vascular periférico que permita la realización de una fistula arteriovenosa o, en su defecto, la posibilidad de que se pueda colocar un catéter venoso permanente de una manera que probablemente no fuera complicada;
- no contraindicaciones para realizar diálisis peritoneal;
- no discapacidad física limitante para las actividades normales;
- lucidez;
- desear el tratamiento de reemplazo renal después de una buena información y tener optimismo;
- redes de apoyo familiar y social.

Grupo B: EI (evolución imprecisa): 3 pacientes

Parámetros de evaluación:

- existen dudas o no puede clasificarse como PEB ni PEM;
- posiblemente son los mayores candidatos a un periodo de prueba terapéutica de reemplazo renal;

- no aptitud para poder realizar un trasplante renal;
- estado vascular periférico en el que resulta dudosa tanto la posibilidad de lograr una fistula arteriovenosa adecuada como la de que se pueda colocar un catéter venoso permanente para hemodiálisis;
- contraindicaciones no absolutas para realizar diálisis peritoneal, incluyendo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica que puede limitar su uso;
- obesidad severa.

Grupo C: PEM (probablemente evolucione mal): 5 pacientes

Parámetros de evaluación:

- 80 años de edad;
- índice de masa corporal  $<20 \text{ Kg/m}^2$ ;
- albúmina plasmática  $<25 \text{ g/L}$ ;
- comorbilidad importante, principalmente cardiovascular;
- neoplasia no controlada que puede acabar rápidamente con su vida;
- no aptitud para poder realizar un trasplante renal;
- estado vascular periférico que no permite la realización de una fistula arteriovenosa adecuada o, en su defecto, que haga muy difícil o imposible la colocación de un catéter venoso permanente para hemodiálisis;
- contraindicaciones absolutas para realizar diálisis peritoneal, incluyendo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica que puede impedir su uso;
- obesidad severa;
- incapacidad física limitante para las actividades normales;
- no totalmente lúcido o demencia;
- no desear el tratamiento de reemplazo renal después de una buena información, y tener pesimismo y depresión;
- ausencia de redes de apoyo familiar y social.

Esta clasificación pudiera ser útil si el paciente con ERC presenta una DS y resulta necesario seleccionar la terapéutica más adecuada, que en primer lugar no sea peligrosa o le pueda provocar daño:

- Grupo A: emplear todos los recursos terapéuticos para el tratamiento de la DS.
- Grupo B: adecuar a cada situación.
- Grupo C: alternativas que no necesariamente incluyan la penetración, evitar la competencia y la preocupación por el desempeño, dominar algunos aspectos del Tao (orgasmo masculino no es sinónimo de eyaculación, retrasar la eyaculación o no eyacular).

Tanto en el grupo B como el C debe rehabilitarse todo lo que fuera posible; si se logra, permitirá el empleo de mayores recursos terapéuticos.

Se reitera que la evaluación propuesta debe ser cualitativa y por consenso, y debe incluir los criterios y deseos de los pacientes y sus familiares; cualquier decisión que ofrezca dudas, debe ser colegiada en colectivos concedores del tema, incluso las comisiones de ética médica si fuera preciso. Para poderla desarrollar eficazmente, se necesitaría un nefrólogo integral y un equipo de salud conocedor y motivado por el tema, en el que no deben faltar las/los sexólogas/os, así como pacientes y familiares educados, no solamente instruidos en estos temas (13).

En resumen, se puede plantear que existe una coincidencia de los factores de riesgo para las ERC, las enfermedades cardiovasculares, las cerebrovasculares y las DS; que los médicos no tienen los aspectos de sexualidad incorporados en su formación; que en sentido general ignoran la cuestión, cometen iatrogenias, no brindan alternativas, no reorientan y no tratan la pareja, la cual solo la creen posible en personas jóvenes y sanas. La educación sexual es un medio para la prevención, el

diagnóstico y el control de los factores de riesgo y un fin para lograr una calidad de vida mejor percibida.

### Conclusiones y recomendaciones

- Se avizora que cada vez se consultarán más AM con enfermedades crónicas y con DS, y acudirán por una u otra causa, lo que ofrece una oportunidad diagnóstica y terapéutica integral.
- Los equipos de salud deben otorgar a la sexualidad la importancia que posee, incrementar los objetivos a lograr con el tratamiento y ser más integrales.
- Aprovechar el cambio de actitud que se produce en los pacientes en relación con sus estilos de vida no saludables cuando presentan una DS.
- Las experiencias de la consulta multidisciplinaria de sexología indican que la preocupación por la sexualidad es casi exclusiva de los hombres, AM en gran parte, cargados de factores de riesgo para la salud y con la posible influencia negativa de tratamientos para enfermedades coexistentes, como la hipertensión arterial y los trastornos psiquiátricos. Existe la posibilidad de que tanto las mujeres como sus médicos de asistencia no brinden la atención requerida a tan importante aspecto.
- Recordar que la sexualidad no desaparece con el envejecimiento ni con las enfermedades, por graves que parezcan.
- Se necesitan parámetros uniformes para el análisis de la posible mejor terapéutica en el paciente con ERC. Se propone una evaluación cualitativa y la posible conducta en relación con el tratamiento de las DS.
- Aumentar las investigaciones y publicaciones al respecto.
- Sugerir la inclusión de la sexualidad en el Programa de Prevención, Control y Tratamiento de la ERC y en el programa docente de formación de especialistas en nefrología.
- Incluir la formación con un enfoque de género en la docencia de pre y posgrado.

Existen muchas más interrogantes sobre la sexualidad y la ERC, que serán abordadas en los próximos artículos de este consenso:

- ¿Cuál es la realidad latinoamericana en relación con este tema?
- ¿Conocemos lo suficiente de su fisiopatología?
- ¿Qué ocurre en el paciente con una ERC estadio 5?
- ¿Se subestima la sexualidad en las mujeres con una ERC?
- ¿Qué repercusiones tienen la enfermedad renal obstructiva y su tratamiento urológico?
- ¿Es un problema solo del paciente ERC o también de su pareja?
- ¿Será adecuada la calidad de vida percibida por estos pacientes que tanto sufren, incluyendo las DS que puedan padecer?

### Referencias bibliográficas

1. Declaración de la WAS. Documento resumen. Congreso Latinoamericano de Sexología. Punta Cana, República Dominicana; 2014.
2. Enfermedad crónica. Calidad de vida y sexualidad. *Revista de Investigaciones Médico-quirúrgicas* 2010; 2(1).
3. Jager KJ, Van Dijk PCW, Dekker FW. The epidemic of aging in renal replacement therapy: An update on elderly patients and their outcomes. *Clin Nephrol* 2003; 60:352-60.
4. Sex and aging—How aging can impact our sexuality [citado 20 de noviembre, 2007]. Disponible en: <http://www.keepcondom.com/Sexuality & Aging .htm>
5. Ouseph R, Hendricks P, Hollon JA, Bhimani BD, Lederer ED. Under-recognition of chronic kidney disease in elderly outpatients. *Clin Nephrol* 2007; 68:373-8.
6. Tratado de Geriatria [citado 15 de enero, 2008]. Disponible en: [http://www.segg.es/segg/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2000\\_Primeras.pdf](http://www.segg.es/segg/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2000_Primeras.pdf)

7. Canter Gómez R, Uribe Arnaiz B. Suceso vital y factores psicosociales en pacientes con insuficiencia renal. *Psicología y Salud* 2011 Ene-Jun; 21(1): 91-102.
8. Contreras F, Esguerra G. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Bogotá: Universidad de Santo Tomás; 2011.
9. Torres B, Gutiérrez C. Estudio del uso del sildenafil en la consulta de sexología del CIMEQ. *Revista de Investigaciones Médico-quirúrgicas* 2008; 2(11).
10. Torres B, Gutiérrez C. Sexualidad, nutrición y enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista de Investigaciones Médico-quirúrgicas* 2008; 1(10).
11. Gutiérrez C. Riñón y envejecimiento. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2011.
12. Swidler MA. Geriatric renal palliative care. *J Gerontol Med Sci* 2012; 67(12):1400-09.
13. Torres B, Gutiérrez C. Enfermedad crónica, calidad de vida y sexualidad. *Revista de Investigaciones Médico-quirúrgicas* 2010; 1(1).

## ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y DISFUNCIÓN SEXUAL DESDE UNA VISIÓN LATINOAMERICANA

Jonathan Samuel Chávez Íñiguez, Guillermo García García

### Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se ha vuelto un problema de salud pública en México (1-3). Ocho por ciento de la población la padece (4) y la incidencia del grado 5 (G5) se incrementó de forma dramática, en paralelo con sus factores de riesgo (5). La mortalidad en diálisis es abrumadoramente alta, casi la mitad fallece a los seis meses de su inicio (6). La ERC G5 se encuentra entre las causas más comunes de muerte en la población general (7). Esta preocupación lógica por los nefrólogos de preservar la vida, ha contribuido a que los investigadores hallan perdido el interés por buscar puntos de valuación más sutiles pero igual de importantes, como la mejora en la calidad de vida, los síntomas asociados al sueño, el dolor, el apetito y la disfunción sexual (DS).



FIGURA 1. LA FALTA DE SENSIBILIDAD Y LA NEFROLOGÍA DE SOBREVIVENCIA.



### ¿Por qué es escasa la información sobre sexualidad y ERC?

La cultura latinoamericana se ha caracterizado por tener sociedades patriarcales, machistas, de ultraderecha, conservadoras y de religión católica, factores que podrían contribuir a una idiosincrasia hipócrita y de *doble moral*, que impiden una expresión plena de la sexualidad.

Es frecuente que los pacientes no expresen sus disfunciones sexuales por barreras socioculturales arraigadas en nuestras regiones. El paciente con ERC se comporta de la misma manera, lo que merma de forma significativa su calidad de vida. La carga sintomática de la ERC G5 es extremadamente alta. Tonelli describe la frecuencia de ocho aspectos cualitativos entre 156 pacientes con ERC, que en orden de frecuencia fueron: fatiga, no sentirse bien, anorexia, dolor, prurito, mareos, ansiedad, disnea y náusea (73 % el primero y 25 % el último) (8). En este artículo no se incluye la DS como una manifestación percibida y contrastante con múltiples publicaciones, las cuales la refieren como altamente prevalente (de 50 a 80 %), y podría ser interesante incluir este punto en futuras evaluaciones.

Cuando se les preguntó a los pacientes sobre su percepción de prioridades en investigación en nefrología, sorprendentemente estas prioridades se alejan de los modelos de exploración clínica clásicos, como control de presión arterial, prevención de hipotensiones o control de fósforo; los cuatro dominios expresados como prioritarios fueron control del dolor, dormir mejor, prurito y cómo mejorar la comunicación con los nefrólogos (8). La anterior información podría interpretarse como el reclamo por un abordaje más paliativo y humanitario.

Bowling y sus colegas analizaron seis problemas no específicos en pacientes con ERC y su relación con la mortalidad, acorde con la tasa de filtrado glomerular (TFG) y la albuminuria: déficit cognitivo, depresión, sentirse exhausto, historia de caídas, mala movilidad y la polifarmacia. La mortalidad era más alta cuando los pacientes acumulaban más problemas no específicos y TFG más baja, al igual que mayor albuminuria (9). Estos problemas no

específicos, que en reiteradas ocasiones carecen de un manejo integral, se excluyen del cuidado del paciente con ERC. Sin dudas podríamos incluir una larga lista de este tipo de padecimientos que impactan negativamente en la vida de los enfermos renales. Si se conoce la inclusión en la lista de problemas no específicos y dada la alta frecuencia de presentación de DS en pacientes con ERC, este síntoma podría incluirse en los problemas no específicos.

### Liga entre DS, depresión y calidad de vida en pacientes con ERC

El paciente con ERC tiene una gran carga sintomática secundaria a su patología (mencionado previamente), lo cual hace sinergia con el ambiente urémico para el desarrollo de síntomas depresivos. Parra y sus colegas evaluaron la calidad de vida en 116 pacientes en hemodiálisis (HD) por medio del puntaje EUROQOL-5 y la depresión por el inventario de Beck: 54 % tenían síntomas depresivos y la mayoría refirió alteradas las dimensiones de movilidad, actividades cotidianas y dolor (10). Estos aspectos depresivos en los pacientes en diálisis se relacionan directamente con la DS; de hecho esta puede ser la primera causa de los problemas psicológicos (11). La DS que más se expresó, fue el *deseo sexual*, y no hubo diferencias significativas entre las modalidades de diálisis peritoneal o hemodiálisis (12).

Los síntomas depresivos en pacientes con ERC que reciben terapia de soporte renal (TSR), tienen una relación directa con la mortalidad; según reportaron Farrokhi y sus colegas en metanálisis y revisión sistemática (13), fueron predictores de mortalidad con un HR, 1.45 (IC 95 %, 1.27-1.65). En el mismo estudio señalan que también persiste esta asociación en los artículos realizados fuera de los Estados Unidos de América. La mala calidad de vida en los pacientes con ERC predice de igual manera la mortalidad (14).

Por lo referido antes, es posible que la DS tenga una estrecha relación con depresión y mala calidad de vida; por tanto, identificar oportunamente a estos pacientes podría incidir directamente en la evolución clínica.

## Percepción de pacientes en HD y nefrólogos sobre la DS y la ERC

Con la finalidad de conocer la percepción que tienen sobre la sexualidad los pacientes que acuden a la unidad de HD del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, se realizó una encuesta anónima a 65 pacientes durante la sesión; 31 aceptaron (14 hombres y 17 mujeres) y 34 no. Los resultados se muestran en la figura 2.

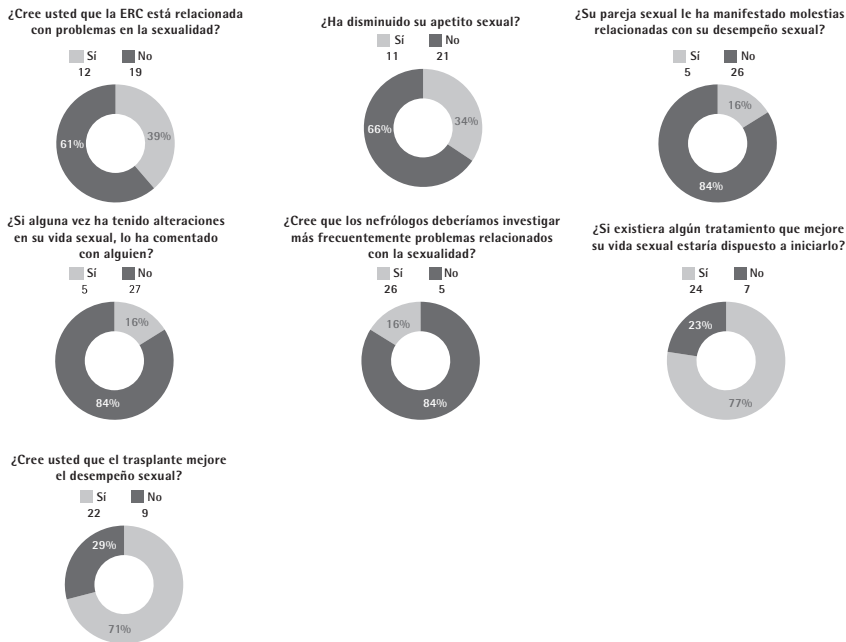


FIGURA 2 . ENCUESTA ACERCA DE LA PERCEPCIÓN DE LA SEXUALIDAD POR PARTE DE LOS PACIENTES.

En general, los resultados demuestran una alta prevalencia de DS (39 %), lo poco que el paciente discute el tema (únicamente 16 %), el interés porque los nefrólogos exploremos más el tópico (84 %) y la disposición de emplear tratamientos para mejorarlo (77 %).

Para contrastar los resultados previos, realizamos una encuesta anónima a un grupo de nefrólogos (residentes y adscritos) que acudió a la reunión mensual del Colegio Jalisciense de Nefrología en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México, con el objetivo de conocer su opinión del tópico ERC-sexualidad. Se encuestó a 36 nefrólogos y respondieron 29. La edad promedio fue de  $39.9 \pm 11.1$ .

Los resultados se muestran en figura 3.

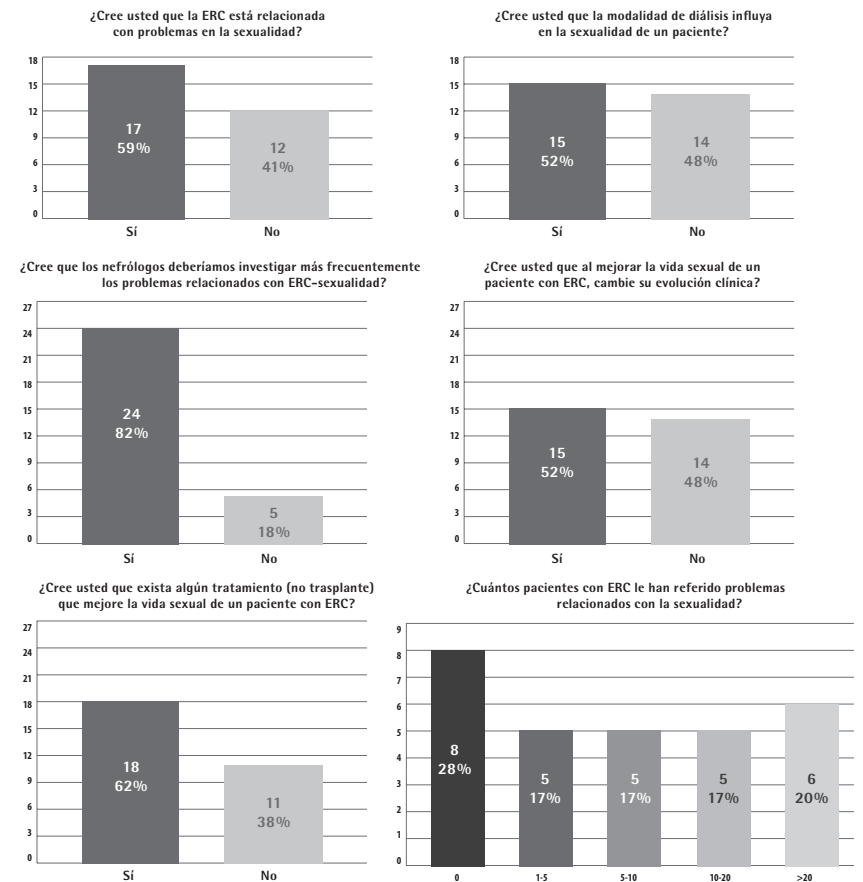


FIGURA 3 . OPINIONES DE LOS NEFRÓLOGOS ACERCA DEL TÓPICO ERC-SEXUALIDAD (N=29).

En resumen, la mayoría está de acuerdo con que la ERC se relaciona con la DS; no cree que la modalidad de diálisis influya en la sexualidad; opina que hay que investigar sobre el tema; sorprendentemente no considera que el tratamiento afecte la evolución clínica; sabe que existen tratamientos diferentes al trasplante que mejoren la DS; y concuerda en que los pacientes no expresan con frecuencia estos problemas.

### La DS, un problema urémico

Debido a que en ocasiones la DS se aborda desde un punto de vista psicológico, a falta de un biomarcador o herramienta clínica para medir su impacto, los nefrólogos y otros especialistas no han logrado integrar este síntoma como una afección propia del mal funcionamiento renal, de un ambiente urémico. Meyer y Hostetter describen la DS como un problema urémico en la lista de manifestaciones urémicas endocrinas y metabólicas (15), información que intuitivamente nos orienta a que se trata de un padecimiento que tiene el potencial de disminuir con una terapia dialítica adecuada.

### ¿Podría la DS ser un parámetro de calidad cuando se evalúa el cuidado de pacientes con ERC?

Es probable que sí. Las correlaciones clínicas con asociaciones causales de evolución orientan que sería una forma de medir una buena calidad en la atención, argumento que solidificaría la atención del nefrólogo, ya que este intenta buscar más allá de la sobrevivencia en diálisis y objetivos de calidad de vida que de manera directa o indirecta mejoren la evolución clínica. Como ejemplos de asociaciones de buena calidad en la HD, está la mortalidad cardiovascular, la ocurrencia de bacteremias, la calidad de vida después del trasplante o la satisfacción del cuidado (16).

### Potencial camino del abordaje DS-ERC

Al ser un tema poco explorado, propongo una línea de abordaje que permita encaminar los esfuerzos de los clínicos para identificar, elegir y comenzar a medir la importancia de la DS; se muestra en la figura 4. Es importante enfatizar que el paciente con síntomas depresivos tiene el potencial de desarrollar o tener una DS no identificada.

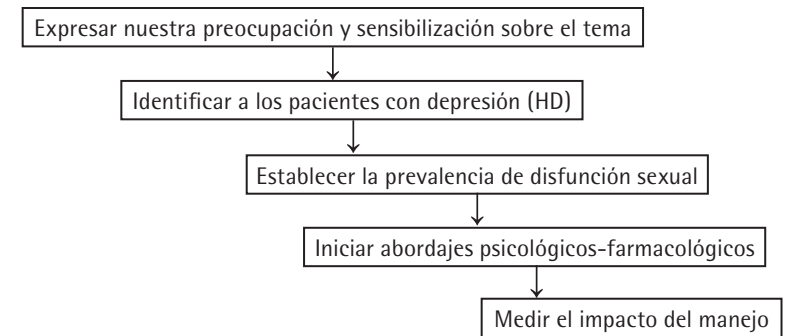


FIGURA 4. POTENCIAL CAMINO DEL ABORDAJE DS-ERC.

### Conclusiones

La prevalencia de la DS en pacientes con ERC es altamente prevalente (50-80 %). Múltiples investigaciones, sobre todo en países desarrollados, han determinado esta asociación. Se intuye que aquellos pacientes con puntajes predictivos de mala calidad de vida y depresión, suelen tener concomitantemente algún tipo de DS. Esta alteración pudiera estar directamente relacionada con malas evoluciones clínicas. Desafortunadamente la investigación del tópico ERC-sexualidad es pobre en la literatura mundial, aun más en países en desarrollo. En esta ocasión no fue posible encontrar artículos publicados en los buscadores médicos más prestigiosos que provinieran de países latinoamericanos, aunque Brasil fue la excepción.

Realizamos una pequeña investigación sobre la base de cuestionarios anónimos dentro de nuestra comunidad estatal de nefrólogos, y contrastamos con la visión alterna de pacientes provenientes de nuestra unidad de HD. Ambas encuestas se centraron en sus percepciones sobre ERC-DS; las respuestas fueron inesperadas en algunas ocasiones.

Es evidente que el tema no es atractivo para la comunidad nefrológica, incluso para los pacientes. Existen múltiples limitantes que no permiten el crecimiento científico del tema ERC-DS: tabú sexual y cuestiones morales, sociales, machistas y religiosas.

Su frecuente prevalencia exige nuestra atención y preocupación, ya que es imputable el potencial positivo existente entre corregir los parámetros que impacten en la calidad de vida (incluso la DS) y la morbi-mortalidad.

## Referencias bibliográficas

1. Olaiz-Fernández E, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
2. Gutiérrez-Padilla JA, Mendoza-García M, Plascencia-Pérez S, et al. Screening for CKD and cardiovascular disease risk factors using mobile clinics in Jalisco. *Mexico Am J Kidney Dis* 2010; 55:474-84.
3. Obrador GT, García-García G, Villa AR, et al. Prevalence of chronic kidney disease in the Kidney Early Evaluation Program (KEEP) Mexico and comparison with KEEP US. *Kidney Int* 2010; 77:2-8.
4. Amato D, Álvarez-Aguilar C, Castañeda-Limones R, et al. Prevalence of chronic kidney disease in an urban Mexican population. *Kidney Int* 2005; 68:11-7.
5. US Renal Data System. Atlas of end-stage renal disease in the United States: International comparisons. USRDS 2010 Annual Data Report. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2012.
6. García-García G, Briseño-Rentería G, Luquin-Arellano VH, et al. Survival among patients with kidney failure in Jalisco. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18:1922-7.
7. Sistema Nacional de Información en Salud-SINAIS. Estadísticas por tema [citado 18 de marzo, 2012]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx>
8. Tonelli M. The roads less traveled? Diverging research and clinical priorities for dialysis patients and those with less severe CKD. *Am J Kidney Dis* 2013; 63:124-32.
9. Bowling B, Booth J, Gutiérrez O, Tamura M, Huang L, Kilgore M, et al. Non-disease-specific problems and all-cause mortality among older adults with CKD: The REGARD Study. *Clin J Am Soc Nephrol* 2014; 9:1737-45.
10. Parra I, Izguerra L, Lepe E, Reyes A, García A, Reus R, Espinoza S, et al. EUROQOL-5: Evaluación de calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Del Hgr N°46, Imss. Abstract número 85, LIX Reunión Anual del IMIN 2014.
11. Levy NB. Psychiatric aspects of renal care. En Levine DZ, editor. Care of the renal patient. 2a. ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1991. pp. 181-6.
12. Psychosexual Function in CAPD and Hemodialysis Patients. *Int Society for Peritoneal Dialysis. Short Reports* 1999; 19:583-90.
13. Farrokhi F, Abedi N, Beyene J, Kurdyak P, Jassal S. Association between depression and mortality in patients receiving long-term dialysis: A systematic review and meta-analysis. *Am J Kidney Dis* 2014; 63:623-35.
14. Yi-Chun. Quality of life predicts risks of end-stage renal disease and mortality in patients with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25:1621-6.
15. Meyer T, Hostetter T. Approaches to uremia. *J Am Soc Nephrol* 2014; 25:2151-8.
16. Van der Veer S, Van Biesen W, Couchoud C, Tomson C, Jager K. Measuring the quality of renal care: Things to keep in mind when selecting and using quality indicators. *Nephrol Dial Transplant* 2014; 29:1460-7.

## FISIOPATOLOGÍA DE LA RESPUESTA SEXUAL EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Dr. Raymed Antonio Bacallao Méndez

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud creciente a nivel global, que ha alcanzado cifras alarmantes: se considera que hoy más de dos millones de personas en todo el mundo viven en métodos sustitutivos de la función renal (1). Ello representa un gran desafío económico-social, pero también es un ejemplo palpable de cómo la ciencia impacta en nuestras vidas, pues solo seis décadas atrás todas esas personas hubieran muerto irremisiblemente. Los factores detrás de este incremento en la incidencia y prevalencia de ERC son múltiples, aunque destacan notoriamente el envejecimiento poblacional y los estilos de vida poco saludables asociados a las altas prevalencias de diabetes mellitus e hipertensión arterial, que constituyen las primeras causas de ERC en el mundo (2).

La ERC y particularmente los métodos sustitutivos de la función renal, fundamentalmente la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, se asocian con un deterioro sustancial de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes afectados (3). Los factores que determinan este deterioro, son múltiples e incluyen: limitaciones funcionales, trastornos para el desempeño profesional, síntomas físicos y emocionales, entre otros. Dentro de los síntomas que comúnmente refieren los pacientes con ERC destacan: la fatiga, los calambres y la intolerancia al ejercicio; sin embargo, si bien menos comúnmente referidos por los pacientes, son muy frecuentes las disfunciones sexuales, que tienen variados elementos causales, tales como: desregulación hormonal, disfunción autonómica, daño vascular, efectos adversos de la medicación comúnmente utilizada y elementos psicológicos, como la depresión (4). A continuación se centrará el análisis en los diferentes elementos

fisiopatológicos que determinan la aparición de disfunción sexual en la ERC; se hace énfasis en aquellos elementos de más peso, considerándose el sexo de los sujetos.

### Disfunción sexual en la mujer con ERC

#### *Ciclo de respuesta sexual femenina*

Para la comprensión de la patogenia de las disfunciones sexuales en la mujer, resulta imprescindible conocer la respuesta sexual femenina normal. Este ciclo de respuesta se divide clásicamente en cuatro fases (5):

- *deseo* (libido): deseo de tener actividad sexual, pensamientos e imágenes relacionados con el sexo;
- *excitación*: sensación subjetiva de placer sexual acompañada de cambios fisiológicos que incluyen congestión genital, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, y de la tensión arterial;
- *orgasmo*: pico del placer sexual, acompañado de contracción rítmica de los músculos perineales y los órganos reproductivos;
- *resolución*: disminución de la tensión sexual, con sensación de relajación muscular y bienestar general.

Estas fases deben verse como un marco general de la respuesta sexual, aunque debe tenerse presente que en muchas mujeres estas fases varían en su secuencia, se superponen, repiten o están ausentes en algunas o todas las relaciones sexuales. Como consecuencia de lo anterior, el ciclo de respuesta sexual debe entenderse en un contexto interpersonal. Así, mientras el deseo suele ser un factor iniciador de la actividad sexual, no es inusual que las féminas se sientan motivadas a la actividad sexual por otras razones, tales como el deseo de acercamiento emocional y el reforzamiento de la relación con su pareja. Asimismo, la satisfacción subjetiva con la experiencia sexual puede no requerir el paso por todas las fases de la respuesta, incluida el orgasmo (6).

### Definición de las disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales en la mujer se definen en relación con las fases específicas del ciclo de respuesta sexual que se encuentren comprometidas, aunque en la práctica clínica es inusual identificar un trastorno que se limite a una fase única del ciclo (7). Con respecto a los criterios diagnósticos, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por las siglas en inglés de American Psychiatric Association) insiste en que el trastorno sea recurrente o persistente y que cause angustia personal y/o dificultad en las relaciones interpersonales. A continuación se citan las disfunciones (4, 7):

- *trastorno del deseo sexual hipoactivo*: déficit o ausencia de fantasías sexuales y deseo por la actividad sexual;
- *trastorno de la excitación sexual femenina*: incapacidad de alcanzar o mantener hasta el completamiento de la actividad sexual, una adecuada lubricación y congestión en respuesta a la excitación sexual;
- *trastorno orgásmico femenino*: demora o ausencia de orgasmo luego de una fase normal de excitación sexual;
- *dispareunia*: dolor genital asociado con la relación sexual;
- *vaginismo*: contracción involuntaria de los músculos perineales que rodean el tercio externo de la vagina cuando se intenta la penetración vaginal con el pene, un dedo, un tampón o un espéculo.

Debe tenerse presente que entre las diferencias en la sexualidad femenina y masculina, destaca que el deseo espontáneo es inusual en las mujeres, excepto al inicio de nuevas relaciones, de modo que su ausencia no constituye necesariamente un trastorno. El deseo en la mujer es típicamente desencadenado por factores emocionales, imágenes eróticas o la proximidad física (8). Lo anterior destaca la importancia para el diagnóstico de asegurar no solo que el trastorno esté presente, sino que se asocie a angustia personal o dificultades en las relaciones interpersonales.

### Epidemiología de la disfunción sexual femenina en la ERC

Aunque las mujeres constituyen aproximadamente el 50% de los pacientes con ERC en terapia sustitutiva de la función renal, se ha prestado una atención mucho menos importante, que en el caso de los hombres, a la disfunción sexual femenina en esta población. Se ha realizado una serie de pequeños estudios que sugieren que la disfunción sexual es común entre las mujeres en hemodiálisis crónica. Así, Yazici y colegas estudiaron 117 mujeres con ERC y encontraron que la disfunción sexual estaba presente en el 94% de las pacientes en diálisis peritoneal y en el 100% de aquellas en hemodiálisis (9). Asimismo, Seethala y colegas encontraron trastornos en múltiples aspectos de la esfera sexual en 66 mujeres en hemodiálisis crónica, con altas tasas de disfunción sexual en mujeres sexualmente activas (10). Debe tenerse presente que pese a los hallazgos antes señalados, los estudios destinados a investigar la disfunción sexual en la ERC son limitados, especialmente aquellos dirigidos a la mujer, a lo que se suma que suelen tener limitaciones metodológicas procedentes del número pequeño de pacientes estudiadas, con ausencia de poder estadístico para determinar los factores clínicos asociados y predictivos de la presencia de disfunción sexual (11).

Quizás el trabajo más abarcador en este campo es el de Strippoli y colegas, desarrollado en mujeres en hemodiálisis crónica y publicado en *CJASN* en 2012, el cual fue un estudio de corte que incluyó 1 472 féminas de 27 unidades de hemodiálisis de Europa y Suramérica, seleccionadas al azar, las que completaron el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI, por las siglas en inglés de Female Sexual Function Index), que explora, mediante 19 ítems, seis elementos de la función sexual en las últimas cuatro semanas: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. De las 1 472 mujeres seleccionadas, 659 (45%) completaron el cuestionario. De las 659 participantes, 555 (84%) presentaban disfunción sexual, según el puntaje del FSFI. Los elementos que mostraron los mayores niveles de disfunción, fueron: excitación, orgasmo y deseo, mientras la satisfacción fue el menos comprometido. Los factores asociados a menor riesgo de disfunción sexual fueron: tener pareja y estar

en lista de espera de trasplante renal; mientras que la presencia de síntomas de depresión, bajo nivel educacional, edad postmenopáusica, la diabetes mellitus como causa de ERC, los bajos niveles de albúmina sérica y el uso de diuréticos, se asociaron independientemente con un mayor riesgo de disfunción sexual (12).

Si bien este estudio tiene un diseño metodológico robusto e incluyó un número notorio de pacientes, tiene limitaciones: más de la mitad de las pacientes enroladas inicialmente no completaron el cuestionario; se destaca que de estas pacientes que no respondieron (n = 813), la mayor parte eran mayores, postmenopáusicas, no tenían pareja y no estaban en lista de espera de trasplante, en comparación con las pacientes que fueron incluidas en el análisis. A ello se suma que, dado que el FSFI incluye la opción «no actividad sexual», considerada con valor de 0 en la escala, pudiera llevar a una sobreestimación de la prevalencia de disfunción sexual, pues la ausencia de actividad sexual no implica necesariamente la presencia de disfunción sexual (11, 12).

### *Fisiopatología de la disfunción sexual en la mujer con ERC*

Antes de adentrarnos en los elementos fisiopatológicos, resulta preciso conocer el ciclo menstrual y la endocrinología de la respuesta sexual femenina.

- Ciclo menstrual

El ciclo menstrual normal se divide en una fase folicular o proliferativa y una fase lútea o secretora. Durante la fase folicular, se incrementa gradualmente la secreción de hormona estimulante del folículo (FSH), que causa el reclutamiento y maduración de un solo óvulo e incrementa la secreción de estradiol. Cuando la concentración de estradiol alcanza un nivel suficientemente alto, ello estimula un incremento súbito en la secreción de hormona luteinizante (LH), lo que causa la liberación del óvulo maduro, o sea, la ovulación. La LH estimula los restos del

folículo, denominado cuerpo lúteo, para la secreción de estradiol y progesterona (13).

- Endocrinología de la respuesta sexual femenina

*Estrógenos.* Los estrógenos desempeñan un papel muy importante en la respuesta sexual femenina, lo que se evidencia en la etapa perimenopáusica en que el bajo tenor de estrógenos produce reducción tanto en la lubricación vulvovaginal como en la vasocongestión que tiene lugar en la fase de excitación (7). A ello se suma la disminución de la libido, lo cual pudo evidenciarse en un estudio de cohorte longitudinal que incluyó más de 400 mujeres posmenopáusicas seguidas anualmente por ocho años, en el que se monitorizaron los niveles hormonales y se hizo una encuesta encaminada a explorar la respuesta sexual; se identificó que la disminución de los niveles de estradiol se asoció a disminución de la libido y a cambios en la respuesta sexual en su conjunto (14).

*Andrógenos.* Los andrógenos más importantes en la mujer son: sulfato de dehidroepiandrosterona, dehidroepiandrosterona, androstenediona, testosterona y dihidrotestosterona (15).

Cerca de 98 % de los andrógenos circulantes se unen a proteínas, fundamentalmente a la globulina de unión a las hormonas sexuales (SHGB, por las siglas en inglés de *sex-hormone binding globulin*) y a la albúmina. La fracción no unida a las proteínas o libre es la biológicamente activa; la unión a la albúmina es débil, de modo que esta fracción también puede ser bioactiva (16). Así, los factores que influyen en la concentración de SHGB, como el embarazo, los anticonceptivos orales y los estrógenos orales, modifican la actividad de los andrógenos (15). El tratamiento con estrógenos transdérmicos (en dosis fisiológicas) no afecta los niveles de SHGB (16).

Aunque la producción suprarrenal y ovárica de andrógenos disminuye a lo largo de la vida reproductiva de la mujer, la producción ovárica de testosterona permanece relativamente constante luego de la



menopausia natural; por el contrario, luego de la menopausia quirúrgica (ooforectomía bilateral) los niveles de testosterona disminuyen alrededor de 50 % (17).

Se ha planteado que los andrógenos desempeñan cierto papel en la función sexual femenina, pero la magnitud de este papel es incierta. Como se verá más adelante, los estudios diseñados para evaluarlo han mostrado resultados contradictorios. La aseveración de que los bajos niveles de andrógenos son un factor importante en la sexualidad femenina, descansa en el peso de los andrógenos en la sexualidad masculina y en los resultados de ensayos con andrógenos exógenos (en ocasiones, a dosis suprafisiológicas), que han mostrado ejercer influencias positivas en algunos aspectos de la sexualidad femenina.

Sin embargo, en estudios en que se han medido los niveles hormonales y la función sexual en mujeres, la relación entre los niveles de andrógenos y la función sexual ha sido débil o inexistente. En tal sentido, en un estudio que incluyó más de 2 900 mujeres entre 49 y 52 años no se encontró asociación entre los niveles de testosterona, de sulfato de dehidroepiandrosterona, de SHGB y la función sexual (18). Asimismo, en otro estudio poblacional que incluyó a más 1 400 mujeres seleccionadas al azar, entre 18 y 75 años de edad, no se identificó que los niveles de ninguno de los andrógenos fuera predictivo de una pobre función sexual (19). A ello se suma que mientras las mujeres con menopausia quirúrgica, en comparación con aquellas con menopausia natural, tienen niveles más bajos de andrógenos ováricos, los resultados de los estudios sobre el efecto de la ooforectomía bilateral en la función sexual no son concluyentes (20).

Asimismo, las mujeres con altos niveles de andrógenos debido a Síndrome de Ovarios Poliquísticos (SOP) no muestran beneficios notorios en la función sexual. De hecho, la función sexual en mujeres con SOP parece que es semejante o peor que la de las mujeres sin SOP (21). No obstante, debe considerarse la influencia negativa que tiene para la sexualidad en

las pacientes con SOP los cambios en la autoimagen en relación con el hirsutismo, la obesidad y el acné, que caracterizan a la enfermedad (22).

Resulta de interés el hecho de que en mujeres jóvenes con insuficiencia suprarrenal, la adición de dehidroepiandrosterona a la terapia de reemplazo hormonal ha mostrado mejoría en su función sexual (23).

Las evidencias de mayor peso que apoyan el papel de la testosterona en la función sexual femenina, provienen de grandes series de ensayos clínicos controlados que evalúan el tratamiento con dosis fisiológicas de testosterona administrada por vía transdérmica, en más de 1 500 mujeres con menopausia natural o quirúrgica con disminución del deseo sexual. En ellas la actividad sexual placentera, el deseo y la respuesta sexual se incrementó significativamente en las féminas que recibieron la testosterona en comparación con las que recibieron el placebo (24, 25). Debe señalarse que aunque estos estudios no prueban que los bajos niveles de testosterona ocasionan disfunción sexual, apoyan el papel de la testosterona en la sexualidad femenina.

#### *Cambios físicos y hormonales en el curso de la ERC*

*Anormalidades menstruales y vaginales.* Las féminas en diálisis tienen bajos niveles plasmáticos de estrógenos debido a hiperprolactinemia, lo que ocasiona vaginitis atrófica, prurito y disminución del vello púbico. En la citología vaginal está ausente la cariopícnosis, característica de la mitad del ciclo menstrual. Sin embargo, la prevalencia y el origen de las vaginitis infecciosas son semejantes a las de la población general. Las irregularidades menstruales son muy comunes, de modo que entre el 50 y 100 % de las pacientes con ERC estadio 5 presentan amenorrea, según diferentes estudios (26). Algunas de las pacientes comienzan a presentar ciclos menstruales al iniciar la terapia dialítica, mientras otras permanecen amenorreicas. De las pacientes que menstrúan, del 50 al 80 % presentan polimenorrea, menorragia u oligomenorrea, lo que parece



estar en relación con que más del 90 % de los ciclos son anovulatorios (27). La coagulopatía urémica y la heparinización durante las sesiones de hemodiálisis favorecen el sangramiento. Debe tomarse en consideración que en la ERC se ha registrado un incremento en la formación de quistes ováricos, lo que debe distinguirse del SOP, y otros tumores productores de andrógenos (28).

*Ciclos anovulatorios.* Como antes se señaló, los ciclos anovulatorios son la regla en las pacientes urémicas, de modo que los marcadores indirectos de la ovulación descritos a continuación, apuntan a la ausencia de ovulación (29):

- ausencia del efecto progestacional en el endometrio, corroborado por biopsia;
- ausencia de incremento en la temperatura corporal basal durante la fase lútea del ciclo;
- ausencia del pico preovulatorio de las concentraciones de LH y estradiol.

*Anormalidades hormonales en la ERC.* La secreción pulsátil de la hormona de liberación de las gonadotropinas (GnRH, del inglés *Gonadotrophin Releasing Hormone*) por el hipotálamo regula la secreción pituitaria de gonadotropinas (LH y FSH). Además de la GnRH, las sustancias adrenérgicas y dopaminérgicas, las endorfinas, la oxitocina, el neuropéptido Y y la leptina, también regulan la secreción de gonadotropinas (4).

La secreción pulsátil de GnRH se encuentra comprometida en las pacientes con ERC, lo que propicia la aparición de infertilidad y ciclos anovulatorios. Debe tenerse presente que la secreción de gonadotropinas es dependiente de calcio, y que los trastornos del metabolismo del calcio y el fósforo en la ERC causan modificaciones en la secreción de gonadotropinas. Los niveles séricos de LH se encuentran significativamente elevados y la respuesta a la estimulación con GnRH está demorada, mientras por el contrario se conserva la retroalimentación negativa de los estrógenos en el hipotálamo (30). La secreción pulsátil de LH está comprometida

y en algunos estudios se ha encontrado totalmente abolida. Los estrógenos exógenos no ocasionan un incremento en los niveles de LH, lo que sugiere un trastorno en el mecanismo de retroalimentación positiva a los estrógenos. El tenor de FSH se encuentra dentro de límites normales en las fases folicular y lútea. La GnRH causa solo ligeras elevaciones en los niveles de FSH, y la disminución de la relación FSH/LH es sugestiva de la existencia de una disfunción hipotálamo-hipofisaria (4, 30).

#### *Efectos de la uremia en los niveles de prolactina*

Los niveles séricos de prolactina y su actividad biológica se incrementan en la ERC. La elevación de los niveles de prolactina se correlaciona con la disminución de la tasa de filtración glomerular (31). El aumento en los niveles séricos de prolactina se debe a la disminución de la inhibición dopaminérgica de la liberación de prolactina hipofisaria, así como a la disminución de la liberación de GnRH (4). La prolactina se considera una toxina urémica que ocasiona disminución de la libido, trastornos menstruales, galactorrea e infertilidad. El incremento en los niveles de prolactina se bloquea con la estimulación de la hormona liberadora de tirotropinas (32).

#### *Efectos de la uremia en las hormonas ováricas*

La concentración de estradiol se relaciona con los niveles de prolactina, de modo que, en caso de hiperprolactinemia (usual), los niveles son más bajos que en mujeres premenopáusicas sin ERC (30). En las mujeres urémicas, las variaciones cíclicas normales en las concentraciones de estradiol están ausentes. La luteinización de los folículos es muy rara; por tanto, la elevación de la progesterona durante la segunda mitad del ciclo menstrual está ausente (la progesterona no lútea está normal-baja) (4, 30).

Después de estudiar los cambios hormonales que tienen lugar en la paciente con ERC, es preciso estudiar otros elementos que predisponen a la disfunción sexual en la mujer, incluyendo las pacientes afectas de ERC.

### *Problemas ginecológicos que predisponen a la disfunción sexual*

La debilidad del suelo pélvico y la disfunción vesical predisponen a la disfunción sexual, particularmente en las féminas con incontinencia urinaria, pues esta última se presenta frecuentemente en el contexto de la penetración y/o el orgasmo (33). A ello se suma que la dispareunia es un síntoma frecuente en estas pacientes. Estos elementos se hicieron evidentes en el estudio PRESIDE (6).

La endometriosis comúnmente tiene, como síntoma cardinal, la dispareunia (34). Asimismo, en casos de leiomiomas (fibromas) uterinos, la dispareunia es frecuente, sobre todo en aquellos fibromas de localización anterior o del fundus, a lo que se suma que la metrorragia, habitualmente presente en los fibromas submucosos, dificulta las relaciones sexuales (35).

### *Medicamentos y otras sustancias*

En sentido general, el efecto de los fármacos en la sexualidad se ha estudiado mucho mejor en los hombres que en las mujeres; sin embargo, resulta notorio el efecto deletéreo que tienen múltiples fármacos en la sexualidad femenina. Los inhibidores selectivos del receptor de serotonina disminuyen el deseo sexual y dificultan el orgasmo. Los medicamentos antipsicóticos como grupo propician la disfunción sexual al inhibir la dopamina, lo que causa aumento del tenor de prolactina y supresión gonadal (36).

Los medicamentos utilizados en el tratamiento de la epilepsia, como lamotrigina, gabapentina y topiramato, se asocian a disfunción sexual femenina (37).

Los betabloqueadores también han demostrado que tienen una influencia negativa en la sexualidad femenina, aunque las evidencias disponibles son de menor peso que en el caso de los hombres (37, 38).

Si bien los anticonceptivos orales y transdérmicos se han estudiado ampliamente, los resultados obtenidos han sido inconsistentes y no se puede aseverar que tengan una influencia notable en la aparición de disfunción sexual (39).

La nicotina se ha demostrado que disminuye la excitación y el deseo en la mujer, así como que el abuso del alcohol propicia un estado hipogonadotrófico que empeora el desempeño sexual en ambos sexos (40,41).

### *Pacientes con cáncer*

Los tumores malignos tienen una muy alta frecuencia de presentación en la población general y constituyen la primera causa de muerte entre pacientes adultos en el país (42). Los tumores malignos, ya sea como resultado de la infiltración renal, toxicidad renal de los quimioterápicos u obstrucción de la vía urinaria, predisponen a la ERC, de modo que tanto en las consultas de seguimiento de la ERC como en las unidades de diálisis son seguidas muchas pacientes que padecen o tuvieron en el pasado cáncer. Las disfunciones sexuales son comunes en estas pacientes, especialmente en aquellas que se han sometido a cirugías pélvicas o de mama y a radiaciones, o aquellas que experimentan fallo ovárico prematuro inducido por la quimioterapia (43). Además, la terapia endocrina adyuvante predispone a la disfunción sexual, tal como sucede con los inhibidores de aromatasa (44). La fatiga asociada con el tratamiento, la depresión reactiva, la ansiedad y los cambios en la imagen corporal secundaria a las cirugías de mama u órganos pélvicos, también contribuyen a la aparición de disfunción sexual en estas pacientes.

### *Factores relacionados con la pareja*

Independientemente de otros factores, la relación con la pareja resulta un determinante básico de la satisfacción sexual. Así, en una muestra

probabilística nacional de los Estados Unidos, que incluyó cerca de 1 000 mujeres entre 20 y 65 años de edad, los mejores predictores de trastornos sexuales fueron marcadores de bienestar emocional general y la relación con la pareja (45). Debe tenerse presente que en la ERC el abandono de la pareja es un problema trascendente (46). Asimismo, se ha documentado que los problemas sexuales de la pareja, como la disfunción eréctil, influyen desfavorablemente en la sexualidad femenina (47).

El antecedente de abuso físico y/o sexual es un factor de riesgo mayor para el desarrollo de disfunción sexual. En tal sentido, un estudio epidemiológico comunitario en el que participaron más de 3 000 mujeres entre 30 y 79 años de edad, documentó que la probabilidad de disfunción sexual se duplicaba en caso de haber sido víctima de abuso en la niñez y/o la adultez (48).

#### *Manejo diagnóstico en la mujer con ERC y disfunción sexual*

La evaluación diagnóstica debe basarse en la historia médica (incluyendo la sexual) de la paciente, complementada con un examen físico detallado y los exámenes complementarios que permitan identificar factores etiológicos específicos y trastornos asociados, con el fin de su corrección.

En la historia médica se debe inquirir respecto a enfermedades orgánicas independientes de la ERC que predispongan a la disfunción sexual, así como elementos psicológicos y medicamentos u otras sustancias con influencia conocida sobre la función sexual. Además, se debe investigar si la paciente presentaba alguna disfunción sexual antes de la ERC.

Dentro de la historia médica, la historia ginecológica debe ser muy detallada, con énfasis en todos los elementos que puedan afectar la actividad sexual, entre los que se encuentran:

- partos y embarazos;
- historia de trauma pélvico, cáncer o cirugía;

- dolor vulvo-vaginal o pélvico;
- prurito vulvo-vaginal, resequedad o flujo;
- sangramientos anómalos del tracto genital;
- incontinencia urinaria o rectal;
- estado de las menstruaciones (en caso de menopausia, determinar si fue natural, quirúrgica o post-quimioterapia).

El examen físico general debe ir dirigido a la identificación de elementos causales o trastornos asociados que predispongan a la disfunción sexual, pero el examen pélvico es de particular interés, pues si bien solo fuera mandatorio en los trastornos dolorosos como la dispareunia y el vaginismo, resulta recomendable en todas las pacientes, pues permite evaluar la anatomía pélvica, identificar lesiones genitales o pélvicas, determinar la existencia de prolapso de órganos pélvicos o atrofia vaginal, y confirmar elementos de la anamnesis como el flujo vaginal o sangramientos.

Las mensuraciones hormonales, fundamentalmente las concentraciones de LH, FSH, estrógenos, progesterona y prolactina, son muy útiles, pues permitirán dirigir el tratamiento atendiendo a los trastornos hormonales individuales identificados, aun cuando no es práctica habitual su indicación en las mujeres sin ERC.

La indicación de otros exámenes de laboratorio que resultan útiles, va a depender de los hallazgos durante el interrogatorio y el examen físico, como ultrasonido pélvico transvaginal, cultivos cervicales para *neisseria gonorrhoeae* y clamidia, leucograma con diferencial, entre otros exámenes.

#### *Tratamiento*

De forma general, en las pacientes urémicas con disfunción sexual se debe alcanzar una dosis de diálisis adecuada (en pacientes en hemodiálisis o diálisis peritoneal), suspender la medicación con fármacos con influencia conocida sobre la función sexual y corregir la anemia de la ERC con agentes estimulantes de la eritropoyesis (meta de hemoglobina de

11 a 12 g/dl), así como tratar los trastornos del metabolismo mineral-óseo y la deficiencia de zinc. El resto de las medidas van a basarse en los trastornos individuales identificados.

En caso de oligorrea o amenorrea, la administración de 5 a 10 mg/día de acetato de medroxiprogesterona por 10 días cada mes en las mujeres con anovulación crónica pero con una fase folicular relativamente conservada, restablece la menstruación. Este tratamiento también disminuye las posibilidades de desarrollo de cáncer de endometrio secundario a la hiperplasia endometrial, resultante de la estimulación crónica con estradiol, pero sin progesterona (49).

En aquellas pacientes en que la disminución de la libido sea el problema fundamental, en caso de presentar bajos niveles de estradiol se preconiza el uso de estrógenos tópicos en el área vulvo-vaginal, lo que mejora la resequeadad vaginal y la dispareunia, que en ocasiones hace que la mujer rechace las relaciones sexuales, a lo que se suma la suplementación con estrógenos sistémicos. La administración de bromocriptina u otro agonista de la dopamina en aquellas pacientes con hiperprolactinemia resulta recomendable, aunque deben tenerse presente los efectos adversos de estos fármacos, que pueden adicionarse a la sintomatología que suele presentarse en la uremia. La administración de dosis bajas de testosterona es también una opción, pero la experiencia con su utilización en mujeres con ERC es limitada.

El trasplante renal con buena función es la terapia más efectiva en la restauración del deseo sexual en la mujer con ERC (50). Además, se debe tomar en consideración que con el trasplante se pueden revertir los trastornos de la ovulación y conseguir un embarazo exitoso.

### Disfunción sexual en el hombre con ERC

Se considera que un hombre con su función sexual intacta sienta deseo por su pareja sexual (libido), que experimente y mantenga una erección

con una rigidez suficiente para la penetración a partir del incremento del flujo sanguíneo proveniente de los vasos ilíacos a los cuerpos cavernosos, que consiga la eyaculación a partir del esperma testicular en conjunción con la secreción de la glándula prostática y las vesículas seminales en un tiempo que permita que ambos miembros de la pareja disfruten del coito, y experimente una sensación placentera conocida como orgasmo. Cada uno de los elementos antes señalados puede estar comprometido, dando lugar a una disfunción sexual. A continuación centraremos nuestra atención en la disfunción eréctil por ser la disfunción más comúnmente registrada en los hombres afectados de ERC (51), pero los demás elementos también se tomarán en consideración, aunque no guiarán el desarrollo del texto.

### Fisiopatología de la respuesta sexual masculina en la ERC

*Fisiología de la erección.* La función sexual masculina normal requiere una interacción armoniosa entre los sistemas vascular, neurológico, hormonal y psicológico del sujeto. La disfunción eréctil es el producto final de la disonancia en alguno o varios de los componentes de estos sistemas fisiológicos interdependientes. Un evento que se requiere de forma habitual para la actividad sexual masculina, es la adquisición y el mantenimiento de la erección peniana, que es primariamente un fenómeno vascular desencadenado por señales neurológicas y tiene lugar solo en presencia de un tenor hormonal apropiado y un estado psicológico que lo propicie.

La erección normal requiere el flujo de sangre del sistema arterial hipogástrico a los tejidos eréctiles especializados, que incluyen los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso a nivel del glande. En la medida que el flujo sanguíneo se acelera, la presión en los espacios intracavernosos se incrementa notoriamente, lo que impide de manera abrupta el drenaje venoso peniano a través de las venas emisarias. La combinación de un flujo de sangre intracavernoso que se incrementa y la reducción del drenaje venoso, permiten la adquisición y el mantenimiento de la erección (52).

Los altos niveles de óxido nítrico intrapeniano actúan como un neurotransmisor local que facilita la relajación de las trabéculas intracavernosas e incrementa el flujo de sangre y la congestión peniana. El óxido nítrico se forma bajo la influencia de la enzima óxido nítrico sintetasa, la cual, en conjunción con el NADPH (dinucleótido de nicotinamida adenina fosfato reducido) y el oxígeno, transforma el sustrato arginina (aminoácido) en citrulina y óxido nítrico. El óxido nítrico actúa promoviendo la generación de GMP (guanosin monofosfato) cíclico; por el contrario, la destumescencia (pérdida de la erección) tiene lugar cuando la vasodilatación inducida por el óxido nítrico desaparece debido al metabolismo del GMP cíclico, el cual es mediado primariamente por la enzima GMP cíclico fosfodiesterasa tipo 5 (PDE-5). Obsérvese que resulta fundamental para la erección un flujo arterial adecuado que provea de oxígeno y óxido nítrico sintetasa de forma constante el tejido cavernoso para la generación de óxido nítrico (53).

El papel del óxido nítrico en la erección tiene importantes implicaciones terapéuticas; así, se han identificado bajos niveles de óxido nítrico sintetasa en los fumadores, diabéticos y sujetos con deficiencia de testosterona, lo cual puede explicar, en parte, la asociación de estos estados con una alta frecuencia de disfunción eréctil. Asimismo, el sildenafil (Viagra), así como el vardenafil (Levitra) y tadalafil (Cialis), son todos inhibidores de la fosfodiesterasa (PDE-5). Los tres inhibidores de la PDE-5 incrementan los niveles de GMP cíclico, con lo que se mejora la respuesta eréctil a la estimulación sexual (54).

La interferencia con la llegada de oxígeno y/o la síntesis de óxido nítrico impide la elevación de la presión sanguínea intracavernosa a un nivel suficiente que obstaculice el drenaje de las venas emisarias, lo que imposibilita la consecución o el sostenimiento de una erección firme (53). En tal sentido resultan ilustrativos los casos con aterosclerosis que involucra la arteria hipogástrica, así como los sujetos diabéticos, aunque en estos últimos también es común que la actividad de la enzima óxido nítrico sintetasa resulte subóptima (55, 56). En la figura 1 se hace una

explicación más detallada del mecanismo molecular de la relajación del músculo liso peniano y las posibilidades terapéuticas actuales (52).

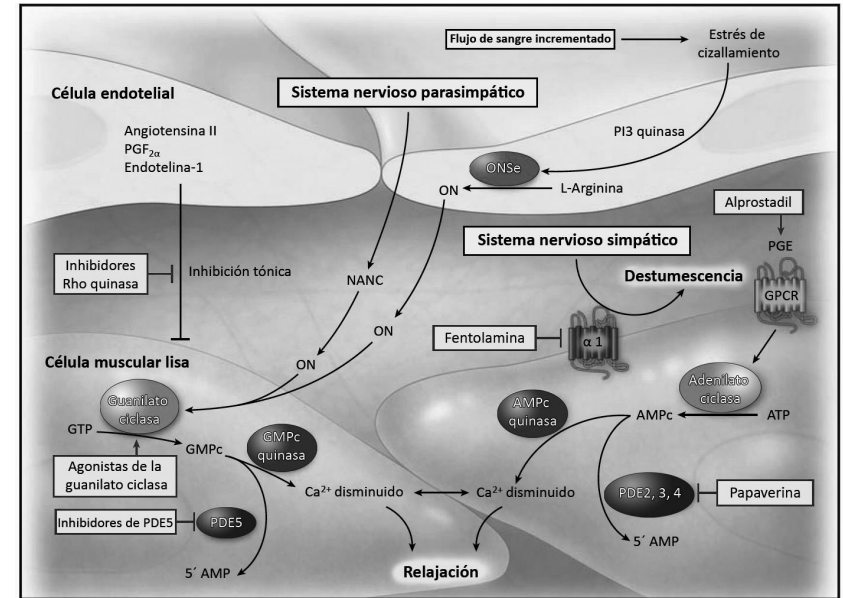


FIGURA 1. MECANISMO MOLECULAR DE LA RELAJACIÓN DEL MÚSCULO LISO PENIANO.

[EXPLICACIÓN DE LA FIGURA 1. La actividad del sistema nervioso parasimpático provoca la relajación de los sinusoides cavernosos a través de dos mecanismos que incrementan la concentración de óxido nítrico (ON) en las células musculares lisas. Por una parte, el óxido nítrico es el neurotransmisor de las fibras no adrenérgicas-no colinérgicas (NANC); por otra, la estimulación colinérgica de la óxido nítrico sintetasa endotelial (ONSe) causa incremento en la producción endotelial de óxido nítrico. El óxido nítrico producido en las células endoteliales difunde a las células musculares lisas; con el incremento en el contenido de óxido nítrico, la célula muscular lisa disminuye sus concentraciones de calcio intracelular, a través de una vía mediada por el guanosin monofosfato cíclico (GMPc), lo que conduce a la relajación. También existe otro mecanismo que disminuye el nivel de calcio intracelular, mediado por el adenosin monofosfato cíclico (AMPc). Con el aumento del flujo sanguíneo cavernoso y el incremento en los niveles de factor de crecimiento endotelial vascular (VEFG), la liberación endotelial de óxido nítrico se mantiene a través de la vía de la quinasa de fosfatidilinositol 3 (PI3).

Las opciones terapéuticas (actuales y en desarrollo) incluyen medicamentos que afectan la vía del GMPc (inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 y los agonistas de la guanilato ciclasa), los que actúan en la vía del AMPc (Alprostadil), y aquellos que actúan sobre ambas vías (Papaverina). A ellos se suman los mediadores del tono neural (Fentolamina y los inhibidores de la Rho quinasa). Los fármacos en desarrollo incluyen: agonistas de la guanilato ciclasa (salva el obstáculo de la producción endógena de óxido nítrico) y los inhibidores de la Rho quinasa (inhiben la contracción tónica de las células musculares lisas mediada por la endotelina).

LEYENDA: PGF- Prostaglandina F; PGE- Prostaglandina E; GPCR- Receptor acoplado a proteína G;  $\alpha$ 1- Receptor  $\alpha$ -adrenérgico; GTP- Guanosín trifosfato; ATP- Adenosín trifosfato .

Tomada y modificada de K. T. McVary: Clinical practice. Erectile dysfunction. *N Engl J Med* 2007; 357:2472.]

### *Influencia nerviosa*

Aun cuando un adecuado flujo sanguíneo y la actividad de la sintetasa de óxido nítrico constituyan prerequisites absolutos para la erección peniana, el inicio del proceso de la erección precisa el impulso nervioso que desencadene el redireccionamiento del flujo sanguíneo hacia los cuerpos cavernosos.

Las erecciones psicógenas se desencadenan por impulsos nerviosos que se originan en ciertos sitios del sistema nervioso central y periférico. La respuesta sexual puede originarse en respuesta a estímulos eróticos visuales o auditivos, o tener su origen en la fantasía. El estímulo sexual percibido centralmente tiene una respuesta efectora a través de señales nerviosas hacia la médula espinal, específicamente hacia el área T-11-L-2, denominado centro toracolumbar de la erección. A partir de aquí, los impulsos nerviosos llegan al lecho vascular pélvico, redireccionando el flujo sanguíneo hacia los cuerpos cavernosos. Las erecciones reflejas se generan a partir de estímulos táctiles en el pene y/o el área genital, que activan un arco reflejo en las raíces sacras que se originan en S-2-S-4, lo que constituye el centro sacro de la erección (57).

Las erecciones psicógenas son más comunes durante la adolescencia y la primera juventud, mientras la actividad eréctil refleja es la fundamental

durante la madurez. Las erecciones nocturnas de origen no sexual tienen lugar entre tres y cuatro ocasiones en la noche, y comienzan en la adolescencia temprana. Estas erecciones nocturnas aparecen solo durante la fase REM (por las siglas en inglés de *Rapid Eye Movement*) del sueño y se consideran que son desencadenadas por una sensibilidad incrementada a los bajos niveles de andrógenos (58). Los hombres con sueño intermitente y los deprimidos experimentan raramente la fase REM del sueño y no suelen presentar erecciones nocturnas. Las erecciones nocturnas persisten a lo largo de toda la vida, aunque por causas que no están del todo claras, la actividad eréctil nocturna no se acopla al sueño REM en ancianos (58).

A partir de las erecciones nocturnas de origen no sexual, se ha desarrollado la prueba de tumescencia peniana nocturna, la cual en la actualidad se realiza mientras el paciente duerme en la comodidad de su propia cama, por medio de dispositivos portátiles, los que cuantifican el número de tumescencias y la rigidez de los episodios eréctiles, de forma exacta y reproducible. La disfunción eréctil, sin erecciones nocturnas o en cantidad insuficiente, se considera que tiene un origen orgánico, mientras que aquellas disfunciones con pruebas normales son consideradas como de origen psicógeno. Sin embargo, los resultados deben interpretarse con cautela, pues puede haber superposición en los resultados de ambos grupos (59).

### *Factores hormonales*

La testosterona juega un papel fundamental en la función sexual masculina. El inicio de las erecciones nocturnas de la adolescencia coincide con la liberación pulsátil de la hormona de liberación de gonadotropinas (GnRH) y hormona luteinizante (LH), que activan la secreción de testosterona por las células de Leydig testiculares (60).

El déficit de testosterona resulta en disfunción eréctil en animales de experimentación y en humanos (hombres), mientras la erección se



restablece cuando los niveles de testosterona se normalizan (61). Ello es consecuencia de dos acciones de la testosterona: por una parte, la testosterona actúa por vía psicógena incrementando la libido; por otra, resulta esencial para el mantenimiento de niveles apropiados de óxido nítrico intrapenianos (62).

Otros trastornos de las secreciones hormonales, como la hiperprolactinemia, el hipertiroidismo y el hipotiroidismo, se asocian frecuentemente con disfunción eréctil (63). La restauración del estado euendocrino usualmente trae aparejado el restablecimiento de la actividad eréctil (52). Asimismo, se estima que un tercio de los pacientes afectos de diabetes mellitus tipo 2 tienen niveles subnormales de testosterona, lo que sugiere que este déficit hormonal —y no solo la vasculopatía y/o la neuropatía diabética— propicia la disfunción eréctil en hombres diabéticos (64).

#### *Factores psicológicos*

Hace varias décadas atrás se consideraba que la inmensa mayoría de los casos de disfunción eréctil se debían a problemas psicológicos. En buena medida ello devino de los postulados de Sigmund Freud, quien señalaba que los hombres experimentaban disfunción eréctil debido a que relacionaban a su pareja sexual con su madre, y el conflicto de Edipo resultante impedía su satisfacción sexual con una mujer (ello no operaba en caso de una pareja sexual del mismo sexo) (65).

Si bien es posible que en algunos hombres opere este conflicto, otros factores psicológicos determinan mayoritariamente la ocurrencia de disfunción eréctil en aquellos casos en que los factores psicológicos causan su aparición. Debe tenerse presente que se considera que los factores psicológicos ocasionan menos de 30 % de los casos de disfunción eréctil —la cantidad varía en diferentes publicaciones—, aunque en un grupo importante de pacientes es un factor sobreañadido a una causa

orgánica (65). La depresión, la ansiedad, el temor al desempeño y la falta de concentración son causas psicológicas de importancia. La pérdida de la libido y la falta de interés en cualquier actividad sexual son componentes comunes de la depresión en el varón (66). Las escalas estándares de depresión, tales como el Índice de Depresión Beck (BDI) y la Escala de Depresión Hamilton (HAM-D), exploran el interés y la función sexual; así, la apatía sexual y la disfunción eréctil dan por resultado altas puntuaciones, las que llevan al diagnóstico de depresión. Sin embargo, la disfunción eréctil *per se* es una condición que ocasiona depresión en muchos hombres, independientemente de su etiología. Como consecuencia de lo anterior, se hacen necesarias otras evidencias que corroboren el diagnóstico de depresión, a partir de instrumentos diferentes. De este modo, resulta imprescindible distinguir entre aquellos sujetos con disfunción eréctil debido a la depresión y los que están deprimidos a causa de la disfunción eréctil (67).

#### *Epidemiología y origen de la disfunción sexual masculina en la ERC*

Las disfunciones sexuales son comunes en los hombres afectos de ERC. Se ha encontrado que más de 50 % de los hombres con ERC se quejan de trastornos como disfunción eréctil, disminución de la libido y disminución notoria de la frecuencia de las relaciones sexuales (68). Quizás el trabajo más amplio al respecto sea el publicado en *AJKD* en 2010 por Navaneethan y colegas, el cual es un metanálisis desarrollado a partir de 50 estudios observacionales que incluyeron 4 389 pacientes, en el que se halló una prevalencia de disfunción eréctil de 70 % en hombres con ERC (51).

Las disfunciones sexuales pueden mejorar, pero raramente se resuelven del todo con la entrada de los pacientes en diálisis. En comparación, con un trasplante renal exitoso es mucho más probable que se consiga una mejoría notoria de la función sexual, aunque no resulta excepcional que persistan problemas como la disminución de la libido y la disfunción eréctil (50).

La disfunción sexual masculina en la uremia es primariamente orgánica en naturaleza, como lo demuestran las pruebas de tumescencia peniana nocturna anormales. Se considera que el medio urémico juega un papel protagónico en la génesis de este problema. Otros factores orgánicos que contribuyen a la disfunción, incluyen: trastornos endocrinos, neuropatía periférica, disfunción autonómica, enfermedad vascular periférica y la terapia farmacológica (68). No obstante, existen elementos psicológicos, que subyacen en buena parte de los pacientes, que no se pueden obviar y deben tomarse en cuenta como parte del abordaje integral del manejo de la disfunción sexual en la ERC. De este modo, se ha identificado que el estrés psicológico contribuye a los trastornos sexuales en los pacientes con ERC; ello se evidenció en un estudio realizado en un grupo escogido al azar de 68 pacientes con ERC tratados con diálisis peritoneal, en el que se encontró que los pacientes con menor actividad sexual presentaban más ansiedad y depresión respecto a los sujetos con una actividad sexual más activa, aun cuando la edad, la dosis de diálisis y la albúmina sérica eran semejantes en ambos grupos (69).

A continuación se explicarán los diferentes trastornos orgánicos que determinan la aparición de disfunción sexual en los hombres con ERC.

#### *Trastornos en la función hipotálamo-hipofisaria-testicular*

*Espermatogénesis.* La ERC se asocia con deterioro de la espermatogénesis, daño testicular e infertilidad. El análisis del semen de estos sujetos suele mostrar disminución del volumen eyaculatorio, oligospermia o azospermia, a lo que se suma un bajo porcentaje de espermatozoides con buena motilidad. La histología testicular muestra disminución de la actividad espermatogénica, con grados variables de reducción de los espermatoцитos maduros, que puede llegar a una verdadera aplasia de los elementos germinales. Comúnmente hay otros hallazgos como: daño de los túbulos seminíferos, atrofia de las células de Sertoli, calcificaciones y fibrosis intersticial (70). No se conoce con exactitud los factores responsables del daño testicular en la uremia, aunque se ha invocado que el ftalato utilizado en las tubuladuras plásticas de los sistemas de

hemodiálisis puede contribuir al daño en pacientes en hemodiálisis crónica (68).

*Testosterona.* En la ERC también se compromete la esteroidogénesis gonadal. La concentración sérica de testosterona total y libre se suele encontrar disminuida, aunque la concentración de la globulina de unión a las proteínas sexuales es normal, así como su capacidad de unión a la testosterona (71). Además de propiciar la disfunción sexual, los bajos niveles de testosterona se han asociado al incremento en la mortalidad de pacientes en diálisis (72). Otro elemento que evidencia la disminución de la capacidad secretora de testosterona, es la pobre y demorada respuesta a la administración de gonadotropina coriónica humana (HCG).

*Gonadotropinas.* La concentración sérica de hormona luteinizante (LH) se encuentra elevada en los hombres con ERC, como resultado de la disminución de la retroalimentación de la testosterona. La secreción de hormona estimulante del folículo (FSH) también está elevada, lo cual parece ser consecuencia de la disminución de la testosterona y la inhibina, que es producida por las células de Sertoli. La concentración plasmática de FSH suele ser superior en pacientes con ERC, en quienes el daño de los túbulos seminíferos es notorio y los niveles de inhibina son muy bajos. Se ha planteado que los niveles elevados de FSH implican un mal pronóstico para la recuperación de la función espermatogénica luego del trasplante renal (70).

La reserva de gonadotropinas está generalmente intacta. La infusión aguda de GnRH incrementa la concentración sérica de LH a los mismos niveles que en los sujetos sanos, aunque el valor pico y el retorno al valor basal suelen demorarse (73). Dado que los riñones contribuyen de forma importante al aclaramiento de GnRH y LH, la disminución de su aclaramiento en la ERC ocasiona los cambios identificados (74). El hecho de que la administración de clomifeno ocasione un incremento apropiado en las concentraciones de FSH y LH, también evidencia la presencia de una reserva de gonadotropina conservada (75).



*Prolactina.* La mayoría de los pacientes con ERC en diálisis presentan concentraciones plasmáticas elevadas de prolactina (76). Esta elevación es consecuencia de un incremento en su producción y una disminución de su aclaramiento, pero el aumento en la producción parece ser el elemento de más peso (77). Asimismo, la regulación de la secreción de prolactina es anormal, lo que se ilustra con la infusión de dopamina o la administración oral de L-dopa, con las que no se consigue disminuir los niveles basales de prolactina. A ello se suma que las intervenciones que normalmente incrementan la secreción de prolactina, como la infusión de arginina, la hipoglucemia inducida por insulina o la infusión de hormona liberadora de tirotropina, no tienen respuesta o esta es muy pobre (78).

La significación clínica del incremento en los niveles de prolactina en la uremia es incierta, pues en los hombres con función renal normal, la hiperprolactinemia tiende a causar disminución en la concentración de LH y consecuentemente en los niveles de testosterona, que puede originar disfunción eréctil. Por el contrario, en los hombres con ERC, la concentración de LH es superior a lo normal y el tratamiento con bromocriptina si bien disminuye los niveles de prolactina, no ha mejorado consistentemente la libido ni la disfunción eréctil (79).

Un trastorno que se ha relacionado con la hiperprolactinemia y que tiene serias implicaciones para la sexualidad masculina, es la ginecomastia, la cual empeora la autoimagen y puede ocasionar dificultades con la pareja.

*Ginecomastia.* Esta se presenta en aproximadamente el 30 % de los hombres en hemodiálisis crónica (80). Habitualmente este problema aparece durante los primeros meses en diálisis y tiende a mejorar en el tiempo. Se desconoce con exactitud el mecanismo que determina la aparición de ginecomastia en este contexto, aunque parece que los altos niveles de prolactina y el incremento de la relación estrógenos-andrógenos resultan importantes para su desarrollo, pero no se ha podido evidenciar categóricamente que las anomalías hormonales sean responsables de este problema (81). Asimismo, se ha

considerado que el mecanismo para su desarrollo pudiera ser análogo al del desarrollo de ginecomastia con la realimentación de pacientes malnutridos (80).

#### *Trastornos vasculares que predisponen a la disfunción eréctil en la ERC*

*Daño vascular.* El daño vascular arterial comúnmente acompañado de calcificaciones es muy notorio en los pacientes con ERC. Así, la causa más común de muerte de los pacientes con ERC son las enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas (2). Hay múltiples factores que influyen en el daño vascular en la ERC. De este modo, enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, que constituyen las causas más comunes de ERC, se caracterizan por un daño vascular extenso, a lo que se suman el ambiente urémico (toxinas retenidas), los trastornos del metabolismo mineral-óseo, las dislipidemias y la hiperhomocisteinemia, entre otros. Dentro de los vasos comprometidos, se encuentran los pelvianos, encargados de la irrigación genital, de forma que el compromiso del flujo predispone a la disfunción eréctil (82); a ello se añade que el deterioro cardiovascular compromete el desempeño sexual y que, aún más importante, la disfunción eréctil constituye un predictor de eventos cardiovasculares futuros (83). La disfunción endotelial constituye el nexo fisiopatológico entre la disfunción eréctil, la enfermedad cardiovascular isquémica y la vasculopatía periférica, pues interesa a todos los territorios vasculares (84).

Debe tenerse presente que un prerrequisito para la erección es un flujo sanguíneo peniano que permita alcanzar una presión arterial intracavernosa superior a 80 mmHg. Durante las fases iniciales de la erección, la presión arterial peniana se encuentra alrededor de los 20 mmHg y es inferior a la presión arterial pélvica; posteriormente el flujo sanguíneo peniano se incrementa por la contracción de los músculos isquiocavernoso y bulboesponjoso, y se precisa una presión arterial pélvica de 80 a 100 mmHg para mantener una presión sanguínea peniana

de 80 mmHg. Sin embargo, en caso de enfermedad vascular oclusiva, la presión sanguínea en los vasos pélvicos cae hasta alrededor de 70 mmHg y se hace evidente la disfunción eréctil (4).

*Fuga venosa.* La falta de oclusión venosa con flujo arterial normal es también una causa importante de disfunción eréctil en pacientes urémicos. La incapacidad de sostener una erección es sugestiva de disfunción de la musculatura lisa y compromiso de la oclusión venosa. El deterioro de la capacidad de relajación del músculo liso peniano deviene en salida de sangre de los cuerpos cavernosos y disfunción eréctil (4, 82). El aumento de la fibrosis por envejecimiento prematuro y la disminución de la elasticidad del músculo liso es el origen fisiopatológico de este trastorno (82).

Se ha encontrado que la concentración de pentosidina (producto final de la glicosilación avanzada) supera en los pacientes con ERC hasta en 22 veces la hallada en controles sanos, tanto en la circulación sistémica como en los cuerpos cavernosos, y se ha planteado que pudiera jugar un papel en el desarrollo de disfunción eréctil (85).

### *Disfunción autonómica*

La estimulación parasimpática a nivel sacro origina vasodilatación de las arterias penianas e incremento del flujo sanguíneo. El aumento del flujo eleva la concentración de oxígeno y la síntesis de óxido nítrico, lo cual propicia la relajación del músculo liso y el atrapamiento progresivo de sangre en los cuerpos cavernosos.

La neuropatía autonómica es una complicación frecuente de la ERC, de modo que la disfunción parasimpática se ve en aproximadamente dos tercios de los pacientes mayores de 65 años de edad y en un tercio de los pacientes más jóvenes (86). La neuropatía autonómica suele mejorar luego de varios meses en terapia sustitutiva de la función renal (87).

### *Medicamentos*

La disminución de la libido y la función eréctil son efectos adversos de varios medicamentos frecuentemente utilizados en la ERC. Se considera que ocho de los doce medicamentos más comúnmente prescritos tienen efectos deletéreos sobre la función eréctil (88). Entre estos medicamentos merecen mencionarse:

- antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina,
- Espironolactona
- bloqueadores simpáticos como la metildopa, la clonidina y la guanetidina,
- diuréticos tiazídicos,
- Ketoconazol,
- Cimetidina,
- betabloqueadores,
- Hidralazina.

Estos fármacos interfieren con el control neurovascular de los vasos penianos y la regulación neuro-endocrina de la función eréctil. También se ha documentado que el tabaco, el alcohol y la cocaína son causas importantes de reducción de la función sexual en la ERC (89).

### *Evaluación diagnóstica*

La evaluación diagnóstica debe dirigirse fundamentalmente a la identificación de factores etiológicos sobre los que se pueda actuar con el fin de su corrección. La anamnesis detallada y el examen físico resultan pilares fundamentales para este fin. Dado que la queja fundamental en los hombres urémicos suele ser la disfunción eréctil, se centrará la evaluación en los elementos fundamentales a precisar en estos pacientes.

Se debe conocer si el paciente presentaba una función eréctil normal antes del inicio de la ERC, pues hay varias causas que pueden producir daño renal y disfunción eréctil, tal como sucede con los defectos del cierre del tubo neural, acompañados de vejiga neurogénica, nefropatía de reflujo y daño neurológico que ocasiona disfunción eréctil.

Un elemento a precisar, es la velocidad de instauración del trastorno, pues aquellos pacientes que no tienen problemas de antemano, hasta un momento exacto, habitualmente el origen de su disfunción es psicógeno. Comúnmente solo la prostatectomía radical y los traumas genitales causan un deterioro brusco de la función eréctil, de causa orgánica. Por el contrario, generalmente la disfunción eréctil de origen orgánico comienza con un déficit de erección esporádico, que luego se hace más persistente (90).

El uso de medicamentos con influencia conocida en la sexualidad, debe explorarse con acuciosidad.

En el examen físico debe hacerse hincapié en algunos elementos que tienen mucho interés diagnóstico:

- examen cuidadoso de los pulsos femorales y periféricos (búsqueda de origen vascular);
- auscultación del territorio ileo-femoral (los soplos pueden implicar oclusión vascular pélvica);
- búsqueda de defectos en los campos visuales (tumores hipofisarios);
- examen de las mamas en búsqueda de ginecomastia (común en la ERC);
- examen del pene (hipogonadismo o placas de Peyronie);
- examen de los testículos (atrofia, asimetría o tumores);
- evaluación del reflejo cremastérico (índice de integridad del centro de erección toracolumbar).

En aquellos pacientes en quienes no se identifiquen elementos que apunten a causas obvias de disfunción eréctil, se debe investigar con minuciosidad los elementos psicológicos que pudieran propiciar la disfunción. Para distinguir entre el origen orgánico o psicológico de la disfunción, resulta útil el test de tumescencia peniana nocturna, aunque debe tenerse presente que si bien la ausencia de erecciones durante el sueño sugiere un origen orgánico, la presencia de erecciones nocturnas no excluye del todo las causas orgánicas (4, 58).

También están disponibles múltiples pruebas diagnósticas que permiten discriminar entre las causas neurogénicas y vasculares, tales como el ultrasonido doppler con flujometría y la angiografía; sin embargo, los mismos habrían de indicarse en aquellos pacientes sin respuesta al sildenafil.

Las mensuraciones hormonales, fundamentalmente las concentraciones de LH, FSH, testosterona y prolactina, son muy útiles para determinar aquellos pacientes en quienes los trastornos hormonales tienen una importancia capital en el desarrollo de la disfunción sexual.

### *Tratamiento*

El manejo de estos pacientes debe tener una visión holística y debe dirigirse a cada uno de los elementos conocidos con influencia en la aparición de disfunción sexual en la ERC. Así, no se pueden olvidar los elementos psicológicos, que precisan de un manejo individualizado por personal especializado.

Por otra parte, en los pacientes en diálisis se debe brindar una dosis de diálisis óptima, aun cuando no se ha demostrado que ello disminuya la frecuencia de disfunción sexual (91), pues garantiza un medio interno del sujeto propicio para que el resto de las intervenciones sean exitosas; prevenir y corregir la anemia con moléculas estimulantes de la eritropoyesis, lo que se ha demostrado que es una herramienta muy

útil en pacientes tanto en etapa predialítica como dialítica, pues resulta evidente la mejoría de la función sexual en aquellos pacientes en que se alcanza un hematocrito de 33 vol% (92); ello se ha asociado además a normalización de la retroalimentación hipofisaria-gonadal con elevación de los niveles de testosterona y reducción de las concentraciones de LH, FSH y prolactina (93). Además, resulta perentorio el tratamiento de la enfermedad mineral-ósea asociada a la ERC. A ello se suma, siempre que sea posible, interrumpir el tratamiento con medicamentos con conocida influencia negativa en la respuesta sexual.

Dado que el tratamiento precisa individualizarse, el resto de las intervenciones estarán condicionadas por los hallazgos durante el interrogatorio, el examen físico y los exámenes de laboratorio. A continuación se brindan las pautas de tratamiento fundamentales, basadas en los elementos fisiopatológicos descritos con anterioridad.

*Psicoterapia y medicamentos psicoactivos.* Como antes se esbozó, la intervención psicológica resulta muy útil, particularmente en aquellos pacientes con pruebas de tumescencia peniana nocturna normal, aunque en todos los pacientes el apoyo psicológico resulta útil. Con respecto a los medicamentos psicoactivos, siempre debe sopesarse su utilidad respecto al efecto perjudicial que tienen varios grupos de estos medicamentos (ejemplos: antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa) en la respuesta sexual (88).

*Inhibidores de la fosfodiesterasa.* El sildenafil, que es el inhibidor con el que se tiene mayor experiencia, ha demostrado su utilidad en pacientes con ERC, tanto en etapa predialítica como en pacientes en hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplantados. Además, el fármaco ha sido bien tolerado, aunque hay pacientes en los que el uso concurrente de nitratos impide su prescripción. Debe tenerse presente que el sildenafil no se aclara por hemodiálisis y que en un pequeño estudio no se registró hipotensión en hemodiálisis, aun cuando se administraron 50 mg 15 minutos antes de la hemodiálisis (94, 95).

No obstante, para limitar la posibilidad de aparición de hipotensión intradialítica, algunos facultativos lo prescriben el día en que los pacientes no se hacen hemodiálisis (96).

*Agonistas de la dopamina.* La bromocriptina ha demostrado en algunos estudios que es eficaz en el mejoramiento de la función sexual en hombres con hiperprolactinemia. Sin embargo, su uso ha sido limitado debido a la alta frecuencia de efectos adversos (97). La cabergolina causa muchas menos náuseas que la bromocriptina y resulta tan efectiva como esta en el tratamiento de la hiperprolactinemia. Otros agonistas dopaminérgicos, como el lisuride, también se toleran mejor que la bromocriptina, pero la experiencia con su uso es muy limitada (98).

*Testosterona.* Pese a normalizar los niveles plasmáticos y reducir la liberación de LH y FSH, no se ha demostrado que el tratamiento con testosterona exógena en pacientes urémicos incremente la libido ni mejore la disfunción eréctil (99, 100).

*Alprostadil.* La administración intrauretral de alprostadil (prostaglandina E1) incrementa la entrega de prostaglandina al cuerpo cavernoso, lo que permite que tenga lugar una erección útil para el coito. La administración puede ser con un aplicador embebido en el fármaco aplicado en la uretra o inyectado intracavernoso. Los efectos adversos más importantes del alprostadil intrapeniano son el dolor en el pene, el priapismo y el sangramiento. El sangrado es favorecido por el efecto antiagregante plaquetario de la prostaglandina en conjunción con la disfunción plaquetaria de la uremia (101).

*Suplementos de zinc.* La deficiencia de zinc se ha identificado como una causa probable de disfunción sexual. En los pacientes urémicos es frecuente la deficiencia de zinc, ocasionada probablemente por reducción de su ingestión dietética, malabsorción intestinal del zinc y lixiviación del zinc en los equipos de diálisis. En un estudio controlado, la suplementación con zinc ocasionó un incremento significativo en los

niveles de testosterona y una disminución de la LH y la FSH, así como el aumento del conteo espermático, en comparación con los controles. La libido, la erección y la frecuencia de las relaciones sexuales también se incrementaron con el uso de zinc, por lo que parece una terapéutica recomendable, especialmente en aquellos pacientes con deficiencia de zinc (102).

*Dispositivos de vacío.* Aunque la experiencia es limitada, los dispositivos de vacío pueden ser efectivos en la restauración de la erección en los pacientes sin respuesta a la terapia medicamentosa. En un estudio desarrollado en 26 pacientes urémicos con disfunción eréctil, el dispositivo corrigió la disfunción eréctil en 19 (73 %) (103).

*Prótesis penianas.* Esta es una opción que se reserva para aquellos pacientes con un daño vasculo-nervioso notorio en quienes las otras opciones terapéuticas hayan sido inútiles, aunque deben tenerse presente las complicaciones relacionadas con la intervención quirúrgica que se precisa para su colocación (82).

*Trasplante renal.* El trasplante renal exitoso es la terapia de elección en la ERC, con el que se suele conseguir una mejoría notoria en la función sexual y reproductiva, con normalización de los niveles de testosterona y mejoría de la función eréctil y del conteo espermático, aunque debe conocerse que la respuesta no es la misma en todos los pacientes (50).

## Referencias bibliográficas

1. Levey AS, Atkins R, Coresh J. Chronic kidney disease as a global public health problem: Approaches and initiatives—a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney Int* 2007; 72:247.

2. United States Renal Data System. 2008 Annual Data Report Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States. *Am J Kidney Dis* 2009; 1(Suppl 1):S1.
3. McClellan WM, Anson C, Birkeli K, Tuttle E. Functional status and quality of life: Predictors of early mortality among patients entering treatment for end stage renal disease. *J Clin Epidemiol* 1991; 44:83.
4. Rath M, Ramachandran R. Sexual and gonadal dysfunction in chronic kidney disease: Pathophysiology. *Indian J Endocrinol Metab* 2012; 16(2):214-9.
5. Basson R. Clinical practice. Sexual desire and arousal disorders in women. *N Engl J Med* 2006; 354:1497.
6. Shifren JL. Sexual problems and distress in United States women prevalence and correlates. *Obstet Gynecol* 2008; 112:970.
7. Berman JR, Berman L, Goldstein I. Female sexual dysfunction: Incidence, pathophysiology, evaluation, and treatment options. *Urology* 1999; 54: 385.
8. Basson R. Women's sexual function and dysfunction: Current uncertainties, future directions. *Int J Impot Res* 2008; 20:466.
9. Yazici R, Altintepe L, Guney I, Yeksan M, et al. Female sexual dysfunction in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Ren Fail* 2009; 31:360-4.
10. Seethala S, Hess R, Bossola M, Unruh ML, Weisbord SD. Sexual function in women receiving maintenance dialysis. *Hemodial Int* 2010; 14: 55-60.
11. Weisbord SD. Female sexual dysfunction in ESRD: An underappreciated epidemic? *Clin J Am Soc Nephrol* 2012; 7:881-3.
12. Strippoli GFM, for the Collaborative Depression and Sexual Dysfunction (CDS) in Hemodialysis Working Group. Sexual dysfunction in women with ESRD requiring hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012; 7: 974-81.
13. Sherman BM, Korenman SG. Hormonal characteristics of the human menstrual cycle throughout reproductive life. *J Clin Invest* 1975; 55:699.
14. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Burger H. Sexuality, hormones and the menopausal transition. *Maturitas* 1997; 26:83.
15. Bammann BL, Coulam CB, Jiang N. Total and free testosterone during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 137:293.
16. Shifren JL, Desindes S, McIlwain M. A randomized, open-label, crossover study comparing the effects of oral versus transdermal

- estrogen therapy on serum androgens, thyroid hormones, and adrenal hormones in naturally menopausal women. *Menopause* 2007; 14:985.
17. Hutchinson KA. Androgens and sexuality. *Am J Med* 1995; 98:111S.
  18. Santoro N, Torrens J, Crawford S. Correlates of circulating androgens in mid-life women: The study of women's health across the nation. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90:4836.
  19. Davis S, Davison S, Donath S, Bell R. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA* 2005; 294:91.
  20. Aziz A, Brannstrom M, Bergquist C, Silfverstolpe G. Perimenopausal androgen decline after oophorectomy does not influence sexuality or psychological well-being. *Fertil Steril* 2005; 83:1021.
  21. Battaglia C, Nappi RE, Mancini F. PCOS, sexuality, and clitoral vascularisation: A pilot study. *J Sex Med* 2008; 5:2886.
  22. Jones GL, Hall JM, Balen AH, Ledger WL. Health-related quality of life measurement in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2008; 14:15.
  23. Gurnell EM, Hunt PJ, Curran SE. Long-term DHEA replacement in primary adrenal insufficiency: A randomized, controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93:400.
  24. Simon J, Braunstein G, Nachtigall L. Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90:5226.
  25. Shifren J, Davis S, Moreau M. Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: Results from the intimate NM1 study. *Menopause* 2006; 13:770.
  26. Michaelides N, Humke W. Erfahrungen bei der gynäkologischen Betreuung von Patientinnen mit chronischer Niereninsuffizienz. *Nieren- und Hochdruckkrankheiten* 1993; 22:187-92.
  27. Morley JE, Distiller LA, Epstein S, Katz M, et al. Menstrual disturbances in chronic renal failure. *Horm Metab Res* 1979; 11:68-72.
  28. Thaysen JH, Olgaard K, Jensen HG. Ovarian cysts in women on chronic intermittent haemodialysis. *Acta Med Scand* 1975; 197:433-7.
  29. Shoupe D, Mishell DR, Lacarra M. Correlation of endometrial maturation with four methods of estimating day of ovulation. *Obstet Gynecol* 1989; 73:88.
  30. Lim VS, Henriquez C, Sievertsen G, Frohman LA. Ovarian function in chronic renal failure: Evidence suggesting hypothalamic anovulation. *Ann Intern Med* 1980; 93:21-7.
  31. Biasioli S, Mazzali A, Foroni R, D'Andrea G, et al. Chronobiological variations of prolactin (PRL) in chronic renal failure (CRF). *Clin Nephrol* 1988; 30:86-92.
  32. Bommer J, Ritz E, Del Pozo E, Bommer G. Improved sexual function in haemodialysis patients on bromocriptine. *Lancet* 1979; 2:496-7.
  33. Salonia A, Zanni G, Nappi RE. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: Results of a cross-sectional study. *Eur Urol* 2004; 45:642.
  34. Hall SA, Link CL, Pulliam SJ. The relationship of common medical conditions and medication use with symptoms of painful bladder syndrome: Results from the Boston area community health survey. *J Urol* 2008; 180:593.
  35. Ferrero S, Abbamonte LH, Giordano M. Uterine myomas, dyspareunia, and sexual function. *Fertil Steril* 2006; 86:1504.
  36. Macdonald S, Halliday J, MacEWAN T. Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: Sexual dysfunction. Case-control study. *Br J Psychiatry* 2003; 182:50.
  37. Carey, JC. Pharmacological effects on sexual function. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2006; 33:599.
  38. Fogari R, Preti P, Zoppi A. Effect of valsartan and atenolol on sexual behavior in hypertensive postmenopausal women. *Am J Hypertens* 2004; 17:77.
  39. Bancroft J, Sherwin BB, Alexander GM. Oral contraceptives, androgens, and the sexuality of young women: II. The role of androgens. *Arch Sex Behav* 1991; 20:121.
  40. Harte CB, Meston CM. The inhibitory effects of nicotine on physiological sexual arousal in nonsmoking women: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, cross-over trial. *J Sex Med* 2008; 5:1184.
  41. Van Thiel DH, Gavalier JS, Eagon PK. Alcohol and sexual function. *Pharmacol Biochem Behav* 1980; 13(Suppl 1):125.
  42. Ministerio de Salud Pública; Dirección Nacional de Estadísticas y Registros Médicos. Anuario Estadístico de Salud 2013. La Habana, Cuba.
  43. Schover LR. Premature Ovarian Failure and its Consequences: Vasomotor Symptoms, Sexuality, and Fertility. *J Clin Oncol* 2008; 26:753.



44. Mok K, Juraskova I, Friedlander M. The impact of aromatase inhibitors on sexual functioning: Current knowledge and future research directions. *Breast* 2008; 17:436.
45. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 2003; 32:193.
46. Khaira A, Mahajan S, Khatri P, Bhowmik D, et al. Depression and marital dissatisfaction among Indian hemodialysis patients and their spouses: A cross-sectional study. *Ren Fail* 2012; 34(3):316-22.
47. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007; 357:762.
48. Lutfey KE, Link CL, Litman HJ. An examination of the association of abuse (physical, sexual, or emotional) and female sexual dysfunction: Results from the Boston Area Community Health Survey. *Fertil Steril* 2008; 90:957.
49. Ginsburg ES, Owen WF. Reproductive endocrinology and pregnancy in women on hemodialysis. *Semin Dial* 1993; 6:105.
50. Diemont WL, Vrugink PA, Meuleman EJ. Sexual dysfunction after renal replacement therapy. *Am J Kidney Dis* 2000; 35:845.
51. Navaneethan SD, Vecchio M, Johnson DW, Saglimbene V, et al. Prevalence and correlates of self-reported sexual dysfunction in CKD: A meta-analysis of observational studies. *Am J Kidney Dis* 2010; 56(4):670-85.
52. McVary KT. Clinical practice. Erectile dysfunction. *N Engl J Med* 2007; 357:2472.
53. Burnett AL, Lowenstein CJ, Bredt D. Nitric oxide synthase: A physiologic mediator of penile erection. *Science* 1992; 257:401.
54. Jeremy JY, Ballard SA, Naylor AM. Effects of sildenafil, a type-5 cGMP phosphodiesterase inhibitor, and papaverine on cyclic GMP and cyclic AMP levels in the rabbit corpus cavernosum in vitro. *Br J Urol* 1997; 79:958.
55. Virag R, Bouilly P, Frydman D. Is impotence an arterial disorder: A study of arterial risk factors in 440 impotent men. *Lancet* 1985; 1:181.
56. Saenz de Tejada I, Goldstein I, Azadzi K. Impaired neurogenic and endothelium-mediated relaxation of penile smooth muscle from diabetic men with impotence. *N Engl J Med* 1989; 320:1025.
57. Krane RJ, Goldstein I, Saenz de Tejada I. Impotence. *N Engl J Med* 1989; 321:1648.
58. Karacan I, Williams RL, Thornby JI, Thalys PJ. Sleep related penile tumescence as a function of age. *Am J Psychiatry* 1975; 132:932.
59. Bain CL, Guay AT. Reproducibility in measuring nocturnal penile tumescence and rigidity. *J Urol* 1992; 148:811.
60. Santen RJ, Bardin CW. Episodic luteinizing hormone secretion in man. Pulse analysis, clinical interpretation, physiologic mechanisms. *J Clin Invest* 1973; 52:2617.
61. Bancroft J, Wu FC. Changes in erectile responsiveness during androgen replacement therapy. *Arch Sex Behav* 1983; 12:59.
62. Mills TM, Wiedmeier VT, Stopper VS. Androgen maintenance of erectile function in the rat penis. *Biol Reprod* 1992; 46:342.
63. Spark RF, White RA, Connolly PB. Impotence is not always psychogenic: Newer insights into hypothalamic-pituitary-gonadal dysfunction. *JAMA* 1980; 243:750.
64. Dhindsa S, Prabhakar S, Sethi M. Frequent occurrence of hypogonadotropic hypogonadism in type 2 diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* 2004; 89:5462.
65. Kaplan HS. Psychiatric evaluation and therapy: What's new? En Lue TF, editor. World book of impotence. London: Smith Gordon; 1992. p. 59.
66. Reynolds CF, Frank E III, Thase ME. Assessment of sexual function in depressed, impotent, and healthy men: Factor analysis of a brief sexual function questionnaire for men. *Psychiatry Res* 1988; 24:231.
67. Morse WI, Morse JM. Erectile impotence precipitated by organic factors and perpetuated by performance anxiety. *Can Med Assoc J* 1982; 127:599.
68. Finkelstein FO, Shirani S, Wuerth D, Finkelstein SH. Therapy insight: Sexual dysfunction in patients with chronic kidney disease. *Nat Clin Pract Nephrol* 2007; 3:200.
69. Steele TE, Wuerth D, Finkelstein S. Sexual experience of the chronic peritoneal dialysis patient. *J Am Soc Nephrol* 1996; 7:1165.
70. Holdsworth S, Atkins RC, De Kretser DM. The pituitary-testicular axis in men with chronic renal failure. *N Engl J Med* 1977; 296:1245.
71. De Vries CP, Gooren LJJ, Oe PL. Hemodialysis and testicular function. *Int J Androl* 1984; 7:97.
72. Carrero JJ, Qureshi AR, Parini P. Low serum testosterone increases mortality risk among male dialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 2009; 20:613.

73. LeRoith D, Danovitz G, Trestian S, Spitz IM. Dissociation of pituitary glycoprotein response to releasing hormones in chronic renal failure. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1980; 93:277.
74. Schalch DS, Gonzalez-Barcena D, Kastin AJ. Plasma gonadotropins after administration of LH-releasing hormone in patients with renal or hepatic failure. *J Clin Endocrinol Metab* 1975; 41:921.
75. Lim VS, Fang VS. Restoration of plasma testosterone levels in uremic men with clomiphene citrate. *J Clin Endocrinol Metab* 1976; 43:1370.
76. Foulks CJ, Cushner HM. Sexual dysfunction in the male dialysis patient: Pathogenesis, evaluation, and therapy. *Am J Kidney Dis* 1986; 8:211.
77. Sievertsen GD, Lim VS, Nakawatase C, Frohman LA. Metabolic clearance and secretion rates of human prolactin in normal subjects and patients with chronic renal failure. *J Clin Endocrinol Metab* 1980; 50:846.
78. Schmitz O, Moller J. Impaired prolactin response to arginine infusion and insulin hypoglycaemia in chronic renal failure. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1983; 102:486.
79. Bommer J, Ritz E, Del Pozo E. Improved sexual function in male hemodialysis patients on bromocriptine. *Lancet* 1979; 2:496.
80. Lim VS, Kathpalia SC, Henriques C. Endocrine abnormalities associated with chronic renal failure. *Med Clin North Am* 1978; 62:1341.
81. Sawin CT, Longcope C, Schmitt GW, Ryan RJ. Blood levels of gonadotropins and gonadal hormones in gynecomastia associated with chronic hemodialysis. *J Clin Endocrinol Metab* 1973; 36:988.
82. Palmer BF. Sexual dysfunction in uremia. *J Am Soc Nephrol* 1999; 10:1381.
83. Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA* 2005; 294:2996.
84. Sullivan ME, Keoghane SR, Miller MA. Vascular risk factors and erectile dysfunction. *BJU Int* 2001; 87:838.
85. Hricik DE, Schulak JA, Sell DR, Fogarty J, Monnier M. Effects of kidney-pancreas transplantation on plasma pentosidine. *Kidney Int* 1993; 43:398-403.
86. Campese VM, Procci WR, Levitan D, Romoff MS, et al. Autonomic nervous system dysfunction and impotence in uraemia. *Am J Nephrol* 1982; 2:140-3.
87. Zucchelli P, Turani A, Zuccala A, Santoro A, et al. Dysfunction of the autonomic nervous system in patients with end-stage renal failure. *Contrib Nephrol* 1985; 45:69-81.
88. Wein AJ, Van Arsdalen KA. Drug-induced male sexual dysfunction. *Urol Clin North Am* 1988; 15:20.
89. Cocores JA, Miller NS, Pottash AC, Gold MS. Sexual dysfunction in abusers of cocaine and alcohol. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1988; 14:169.
90. Bolt JW, Evans C, Marshal VR. Sexual dysfunction after prostatectomy. *Br J Urol* 1987; 59:319.
91. Kim JH, Doo SW, Yang WJ, Kwon SH, et al. Association between the hemodialysis adequacy and sexual dysfunction in chronic renal failure: A preliminary study. *BMC Urol* 2014; 14(8):4.
92. Delano BG. Improvements in quality of life following treatment with r-HuEPO in anemic hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 1989; 14:14.
93. Kokot F, Wiecek A, Grzeszczak W. Influence of erythropoietin on follitropin and lutropin response to luliberin and plasma testosterone levels in haemodialyzed patients. *Nephron* 1990; 56:126.
94. Bellinghieri G, Savica V, Santoro D. Vascular erectile dysfunction in chronic renal failure. *Semin Nephrol* 2006; 26:42.
95. Grossman EB, Swan SK, Muirhead GJ. The pharmacokinetics and hemodynamics of sildenafil citrate in male hemodialysis patients. *Kidney Int* 2004; 66:367.
96. Mohamed EA, MacDowall P, Coward RA. Timing of sildenafil therapy in dialysis patients—lessons following an episode of hypotension. [Letter]. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15:926.
97. Muir JW, Besser GM, Edwards CRW. Bromocriptine improves reduced libido and potency in men receiving maintenance hemodialysis. *Clin Nephrol* 1983; 20:308.
98. Ruilope L, Garcia-Robles R, Paya C. Influence of lisuride, a dopaminergic agonist, on the sexual function of male patients with chronic renal failure. *Am J Kidney Dis* 1985; 5:182.
99. Van Coevorden A, Stolear JC, Dhaene M. Effect of chronic oral testosterone undecanoate administration on the pituitary-testicular axes of hemodialyzed male patients. *Clin Nephrol* 1986; 26:48.



100. Singh AB, Norris K, Modi N. Pharmacokinetics of a transdermal testosterone system in men with end-stage renal disease receiving maintenance hemodialysis and healthy hypogonadal men. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86:2437.
101. Ayub W, Fletcher S. End-stage renal disease and erectile dysfunction. Is there any hope? *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15:1525.
102. Mahajan SK, Abbasi AA, Prasad AS. Effect of oral zinc therapy on gonadal function in hemodialysis patients. A double-blind study. *Ann Intern Med* 1982; 97:357.
103. Lawrence IG, Price DE, Howlett TA. Correcting impotence in the male dialysis patient: Experience with testosterone replacement and vacuum tumescence therapy. *Am J Kidney Dis* 1998; 31:313.

## LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE EN ESTADIO 5 DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Dr. Dagoberto Semanat Vaillant

La insuficiencia renal crónica (IRC) en su etapa final constituye un estado amenazador para la vida del paciente que afecta a la mayor parte de los órganos del cuerpo. Se trata habitualmente mediante diálisis de mantenimiento (hemodiálisis o diálisis peritoneal), trasplante renal o con medidas conservadoras. Esta condición provoca en el individuo que la padece una serie de cambios fisiológicos y psicológicos que repercuten directamente tanto en el estilo como en su vida sexual (1).

El término *sexualidad* no se refiere exclusivamente a la condición que se manifiesta a través del deseo erótico que genera la búsqueda de placer a través de las relaciones sexuales, sino que estas son tan solo una parte de este. Se define la sexualidad como el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo y que constituyen el grupo de fenómenos emocionales, de conducta y de prácticas asociadas a la búsqueda del placer sexual y que marcan de manera decisiva al ser humano en su desarrollo. Así se considera la sexualidad como un sistema de la vida humana que se compone de cuatro características que interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del conocimiento y que significan sistemas dentro de un sistema: el erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el sexo genético (genotipo) y físico (fenotipo) (2).

A continuación abordaremos cómo influye la IRC avanzada en la sexualidad de los pacientes en métodos dialíticos y trasplantados, excluyendo aquellos que no reciben métodos de suplencia, pues se tiene en cuenta su inevitable corta esperanza de vida o la aparición de múltiples complicaciones a diferentes niveles. Se hará énfasis en las medidas

preventivas, curativas y de rehabilitación de la disfunción sexual (DS) y se abrirá las puertas a temas controvertidos como la influencia de la enfermedad sobre la vinculación afectiva y la reproductividad.

### **Erotismo y Enfermedad Renal Crónica estadio 5**

El erotismo es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual, es decir, a través del deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo (2). Cualquier anomalía en algunos de estos niveles traerá consigo lo que comúnmente conocemos como DS.

La DS es altamente prevalente en los pacientes con IRC avanzada y responde a la interacción de varios factores, como el estado urémico, el afrontamiento ineficaz a la diálisis, cambios hormonales y comorbilidades con el efecto secundario de fármacos; se suelen añadir otros factores psicológicos (estrés, ansiedad, sentimientos de culpa o inferioridad, baja autoestima y temor a «no poder» en el momento del acto sexual) que hacen complejo el cuadro general.

Pese al bienestar físico que produce en los pacientes el tratamiento con hemodiálisis (HD), la DS se hace evidente en la fase urémica y puede empeorar una vez iniciada esta terapia a causa de un origen multifactorial. En los hombres son frecuentes los trastornos hormonales, con la consiguiente aparición de atrofia testicular, disminución de la espermatogénesis y descenso de los niveles de testosterona con la presentación de disfunción eréctil (DE) parcial o total. En las mujeres puede haber descenso de estrógeno, hiperprolactinemia, amenorrea o hipomenorrea, e incluso puede existir una disminución del tejido mamario, menor lubricación vaginal, vaginitis atrófica e infertilidad; es posible experimentar dispareunia, empeorada por estados de depresión, hiperparatiroidismo, déficit de cinc y el cambio de la imagen corporal (3).

A pesar del uso de la Eritropoyetina (EPO) no pocos pacientes en HD presentan anemia, con una gama de síntomas y limitaciones

funcionales que empeoran otros síntomas o enfermedades asociadas como la DE o la inapetencia sexual; en los hombres, la anemia mantenida causa hipoxia tisular crónica con síntesis insuficiente de óxido nítrico (NO) y dificultad en la relajación de la musculatura lisa, lo que origina la sustitución de las células cavernosas y el músculo liso del pene por tejido fibroso (2, 4).

Por último, estos enfermos se encuentran expuestos a exigencias dependientes del procedimiento, como el cumplimiento de un régimen dietético y la toma de medicación, además de las pérdidas varias que sufren (trabajo, libertad, esperanza de vida) y la propia DS asociada. Las complicaciones psicológicas más frecuentes que aparecen, son la depresión, la irritabilidad y la ansiedad que producen una disminución del interés y las capacidades sexuales (3). En un estudio transversal realizado en 123 pacientes mayores de 19 años con tratamiento sustitutivo de la función renal (TSR), se evaluaron la calidad de vida y la depresión, encontrándose una asociación inversa entre esta última y la función sexual, mientras que el tipo de tratamiento no se encontró asociado con ninguna dimensión específica (5).

Cerca de 50 % de las mujeres en diálisis menores de 55 años presentan una vida sexual activa, aunque la mayoría experimenta algún tipo de disfunción, siendo la más frecuente la ausencia o disminución del deseo sexual, seguida de la disfunción orgásmica, la dispareunia y el vaginismo. Se estima que entre 75 % y 90 % de las pacientes presentan hiperprolactinemia y se ha demostrado que los niveles séricos medios de esta hormona en las mujeres con trastorno sexual son más altos que en aquellas con la función sexual normal (3, 6).

En los hombres, la DE constituye el trastorno más frecuente, por encima de otros como disminución de la libido, la disfunción orgásmica, el priapismo y la eyaculación precoz; su prevalencia en los distintos estadios es elevada, estimándose en 50 % en la IRC, de 70 % a 80 % entre los pacientes en HD y en diálisis peritoneal (DP) y hasta 60 % en el trasplante renal (TR) (3, 6, 7).

Estos resultados se han revelado en diversos estudios, aunque con cierta controversia. En una investigación realizada en un centro de HD en Melilla, con el objetivo de conocer el comportamiento sexual en una muestra de 38 pacientes, resultó que 56.3 % de los varones y 31.8 % de las mujeres habían disminuido el deseo sexual desde que se iniciaron en diálisis. Mientras que Fernández manifestó que 75 % de los pacientes en HD padecieron DE (3), la conducta sexual de los pacientes de Melilla siguió un patrón similar al resto de la población, pero resultó que las mujeres declararon en mayor proporción la disminución de la libido, llegando casi a doblar la cifra con respecto a antes de precisar el tratamiento sustitutivo (3). Asimismo, en el estudio en Baxter Ambato, que incluyó a 35 pacientes sometidos a HD, se obtuvo que 32 (91,4 %) presentaron algún trastorno sexual disfuncional, destacando DE, eyaculación precoz y disminución de la libido y de la frecuencia con la que practicaban las relaciones sexuales (8).

¿Podría plantearse entonces que el tratamiento con HD es un factor de iniciación o agravamiento de la DS?

En un estudio multicéntrico transversal en el que se estudiaron 60 pacientes (46 hombres y 14 mujeres), de 45.5 años de edad, de los cuales, 13 eran solteros, 46 casados y 2 separados se obtuvo un gran porcentaje de enfermos que decía que tenía problemas a nivel sexual (70 % en hombres y 29 % en mujeres). De los 39 (65 %) enfermos que no presentaban DS antes de la HD, solo 11 (18 %) siguieron sin presentarla después, y de los 21 (35 %) que la tenían antes pasaron a incrementarse a 48 (80 %) después. A pesar de que la muestra fue disminuyendo en los años que transcurrieron en HD, los problemas a nivel sexual persistieron; las disfunciones más usuales anteriores a la HD fueron eyaculación precoz y DE en los hombres, e inapetencia en las mujeres. Destaca en este estudio que la mayoría de los encuestados no presentaba problema antes de entrar en HD. Posterior a la HD, la problemática sexual que se encontró mayoritariamente fue la DE (llegando a duplicarse su aparición), seguida de inapetencia y eyaculación precoz en los hombres, y aumento de la inapetencia en las mujeres (1).

Por ende, podemos inferir que el uso de HD como tratamiento de la IRC es causa de aparición de disfunciones sexuales, las cuales ocurren en mayor número en los primeros años del procedimiento y de manera independiente a los trastornos endocrinos y las comorbilidades previas, e incluso al uso de fármacos.

Varios de los factores involucrados en la aparición de las DS pueden mejorar o incluso desaparecer tras un TR exitoso, logro que no ocurre en la totalidad de los pacientes. La DE que puede aparecer tras el TR, es igualmente de origen multifactorial, considerándose importante el tiempo de evolución de la IRC previo al TR y las enfermedades asociadas con los efectos colaterales de los fármacos empleados para su control (sobre todo diabetes, hipercolesterolemia y alteraciones tiroideas), con una incidencia mayor en los pacientes trasplantados que en la población general (6, 8, 9).

La enfermedad aterosclerótica constituye otro factor relevante en estos pacientes, la que puede extenderse a estructuras nutricias del injerto con afectación de las arterias hipogástricas y pudendas y repercusión corpocavernosa secundaria, resultante en fallo venoso y fibrosis de los cuerpos cavernosos. Condiciones iatrogénicas pueden involucrarse; la anastomosis de la arteria ilíaca interna del receptor, cuando se realiza bilateralmente tras un segundo implante, puede generar DE por el defecto de robo sobre el territorio de las hipogástricas. Algunos inmunosupresores pueden interactuar a distintos niveles provocando DE, entre los que destacan los corticoides y la ciclosporina, responsable además de la disminución de la libido y de la potencia sexual.

Luego de trasplantados, un elevado número de pacientes mantiene la erección, pero de 22 % a 54 %, según las diferentes series, tendrán o mantendrán DE. Otros estudios afirman que cerca de 75 % de los pacientes trasplantados exitosamente recuperan la erección, en tanto la serie de Salvatierra y colegas obtuvo que 66 % de los pacientes no tenían DE antes de entrar en diálisis, 22 % en HD y 47 % tras el TR (4).

## Vinculación afectiva y Enfermedad Renal Crónica estadio 5

La vinculación afectiva es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas que causen una mejor calidad de vida (2). Los cambios fisiológicos y psicológicos que ocurren en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) influyen de manera importante en este aspecto.

Es conocido que los pacientes con enfermedades crónicas que refieren una mejor condición sexual perciben una mayor Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), manifestada en la realización de actividades sociales y cotidianas, en una vivencia emocional menos negativa, un apoyo social percibido algo mejor y una percepción de que las cosas van razonablemente bien, según Martín Díaz y colegas (3).

Diversas investigaciones han mostrado que un mayor apoyo familiar puede facilitar la recuperación de una enfermedad física, lo que puede mejorar las consecuencias negativas de esta; pese a que se plantea que son frecuentes los problemas en las relaciones matrimoniales, con elevados índices de divorcios, cuando uno de los compañeros tiene una enfermedad crónica, el apoyo nupcial todavía sigue siendo la fuente más importante de apoyo mental para estos pacientes (10).

Algunos estudios en las parejas con un esposo que tenía una enfermedad crónica, han mostrado un predominio creciente del maltrato nupcial que aumentó la tensión psicológica y elevó la ocurrencia de desórdenes mentales en ambos, con el consiguiente deterioro del enfermo en el ámbito de la función sexual y la consecuente falta de apoyo nupcial y adaptación a la enfermedad. En contraste, otros autores han recomendado que el desarrollo de una enfermedad crónica en un compañero pudiera mejorar la calidad de relación matrimonial. Luk mostró que, luego del TR, los pacientes mostraron más intimidad con sus parejas y demás miembros de la familia, los cuales tendieron a darles un mayor apoyo (10).

Holley y colegas han informado que un mejor apoyo familiar normalmente se tiene en cuenta durante la toma de decisión para realizar el TR en pacientes con IRCT. Ello podría explicar por qué los enfermos en HD crónica suelen tener una relación matrimonial menos satisfactoria que sus pares trasplantados renales. Otros autores han sugerido un efecto de género en las alteraciones del matrimonio. Las dificultades en las relaciones de parejas entre los pacientes en HD se demuestra en una serie en la que se obtuvo que, antes del tratamiento, 41 de 46 hombres y 12 de 14 mujeres (30 %) tenían unas relaciones sexuales satisfactorias; en cambio, solo 11 hombres (24 %) y 10 mujeres (71 %) las mantuvieron en su evolución (1, 10).

A su vez, otro estudio demostró que los pacientes solteros y el grupo divorciados/enviudados en HD presentaron riesgos más altos que los pacientes casados para la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV) y por todas las causas, lo que sugiere que estar soltero constituye un predictor significativo para la mortalidad por cualquier causa y que el estado de divorciado/enviudado lo es para la mortalidad por ECV en los pacientes en HD (11).

Si se tiene en cuenta la gradual mejoría en los resultados del trasplante renal empleando un donante vivo y la expansión de los criterios de aceptación del donante —sobre todo el acceso a la donación de los individuos de edad avanzada y los individuos no relacionados genéticamente—, condicionado por el desarrollo de nuevos fármacos y tecnología, vale la pena reflexionar en la posibilidad de promover este tipo de terapia entre los esposos/as con resultados alentadores en otros medios.

En relación con lo expuesto en este acápite, vale observar que parece que existe en nuestro entorno una alta tendencia a la concepción de parejas entre el personal relacionado con la HD (paciente-paciente, paciente-familiar de enfermos, paciente-trabajador no médico, paciente-enfermera/o o paciente-médico), hecho posible quizá en relación con el contacto directo y la afectividad que se produce entre un personal

que persiste conviviendo largas horas cada día y que valdría la pena explorar las consecuencias, aunque a simple vista estas pudieran parecer positivas.

Por último, un aspecto que no debemos pasar por alto es lo relacionado con la transmisibilidad por vía sexual de algunas infecciones virales, en especial el virus de la hepatitis C, aún frecuente en nuestro medio, y que pudiera interferir negativamente en la calidad de las relaciones en las parejas.

### Reproductividad y Enfermedad Renal Crónica estadio 5

La reproductividad es más que la capacidad de tener hijos (fertilidad) y criarlos, pues incluye efectivamente los sentimientos de maternidad y paternidad, las actitudes de paternaje y maternaje, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres (2, 9). La infertilidad, definida como la incapacidad para conseguir una gestación a término tras un año de coitos regulares sin utilizar ningún método anticonceptivo, es un problema igualmente común entre las parejas que involucran a uno o dos miembros en HD.

En el caso de los hombres, disminuye en 50 % el conteo total de espermatozoides, además de existir defectos en la motilidad y morfología de los mismos; aunque la patogénesis de la infertilidad no se conoce totalmente, se cree se deba principalmente a alteraciones en la regulación hipotálamo-hipofisaria (HT-H) y de las glándulas tiroidea, adrenal y gonadal, que provoca un hipogonadismo que se manifiesta con ginecomastia, atrofia testicular, fibrosis intersticial, disfunción de las células de Leydig, esterilidad, pérdida de masa muscular y ósea y disfunción eréctil, así como descenso de los niveles de testosterona total y libre. A estos trastornos endocrinos se suman otros factores, como la presencia de varicocele, eyaculación retrógrada, hiperprolactinemia, obstrucción del conducto deferente, infecciones y presencia de anticuerpos antiesperma (6, 9).

En el caso de las mujeres con IRCT, presentan una serie de trastornos reproductores como resultado de las distintas alteraciones que ocasiona la uremia, como la pérdida de libido, sangrado vaginal anovulatorio o amenorrea y niveles altos de prolactina (PRL), que hacen que sea poco frecuente la concepción, pudiendo ocurrir en no más de una de cada 200 pacientes en diálisis (9). Sin embargo, la mejoría en la eficacia de la terapia dialítica, junto con la corrección de la anemia con el uso generalizado de EPO, permite en la actualidad una mejora en el estado general de las pacientes y de su función sexual, lo que ha llevado a un aumento de los ciclos ovulatorios y la fertilidad (12).

Al igual que sucede con los pacientes en TSR, diversos autores coinciden en que resulta difícil tener datos reales sobre la incidencia de infertilidad en la población trasplantada, dado que no se realizan estudios de fertilidad en los candidatos a TR. No obstante, se deduce que debe ser sensiblemente superior a la de la población general, pudiendo alcanzar hasta 90 % de los trasplantados, según las series (9). Esta población presenta unas características especiales tanto de manera previa como posterior al TR que repercuten en su función reproductora. Se consideran varios los factores que pueden alterar cualquiera de los procesos necesarios para conseguir la gestación o interferir en el desarrollo embrionario y fetal.

Primeramente podemos referir los factores endocrinos que no se normalizan completamente tras el TR. Los niveles de testosterona se restablecen o quedan muy discretamente disminuidos; la hormona estimulante de folículo (FSH) se eleva progresivamente hasta el restablecimiento de la espermiogénesis y luego se normaliza o cae ligeramente; y la hormona luteinizante (LH) suele mantenerse algo elevada hasta dos años después del TR, a pesar de la normalización de los niveles de testosterona. En relación con este aspecto, AULAKH y colaboradores observaron que inicialmente 30 % de los pacientes en HD tenían oligospermia, que mejoró significativamente en los tres meses posteriores al TR. La hiperprolactinemia también puede corregirse con el TR; Kheradmand determinó que 30.8 % de pacientes en diálisis presentaban niveles elevados de esta hormona y que en

96.2 % se normalizaron tras el TR. En la mujer la mejoría en la función endocrina tras el TR hace que la fertilidad se suele recuperar; así 12 % de las mujeres consiguen quedarse embarazadas, lo que resulta una tasa de éxito de embarazo de más de 90 % tras el primer trimestre y es más baja a medida que se aproximan al final de su edad reproductiva (9).

Diversas drogas pueden deteriorar la fertilidad del varón por acción gonadotóxica directa y por trastornos del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, alterando la eyaculación y la función eréctil o causando efectos negativos sobre la libido. Estos efectos tóxicos pueden ser reversibles al suspender el agente nocivo o con el paso del tiempo. Por ejemplo, los antihipertensivos pueden afectar la fecundidad influyendo directamente en la función sexual, como sucede con los diuréticos tiazídicos o los betabloqueantes y los calcioantagonistas. Antibióticos como la nitrofurantoína a dosis elevadas se han considerado que producen detención de la maduración en el testículo; la eritromicina puede disminuir la concentración y la movilidad de los espermatozoides; y las tetraciclinas se unen a los espermatozoides maduros afectando su movilidad, mientras que la gentamicina y la neomicina inhiben directamente la espermatogénesis. La colchicina y el alopurinol parecen dificultar reversiblemente la capacidad de los espermatozoides de penetrar en el óvulo (9).

Burgos y colegas encontraron en su estudio unos niveles más bajos de FSH y estradiol en los pacientes con pauta de inmunosupresión con ciclosporina-prednisona, con independencia de la función del injerto. Estos pacientes mostraron también una relación directa entre las dosis de ciclosporina y los niveles plasmáticos de testosterona total. En estudios en animales se ha comprobado que la ciclosporina interfiere la función testicular, produciendo menor concentración de espermatozoides, disminución de su movilidad y deterioro general de la fertilidad. Otras sustancias como los esteroides anabolizantes interfieren la retroalimentación del eje hipotalámico-hipofisario, produciendo concentraciones anormales de gonadotropinas o de testosterona (9).

Por último, debemos mencionar los factores iatrogénicos, como la obstrucción epididimaria, que puede deberse a procesos inflamatorios por microorganismos procedentes de un foco infeccioso, en el que, con la inmunosupresión, coexiste la manipulación de la vía urinaria en el curso del TR. La manipulación del conducto deferente durante el TR también puede producir una oclusión parcial o total del mismo, y el conducto eyaculador puede obstruirse por procesos inflamatorios, como prostatovesiculitis. La manipulación del cordón espermático puede favorecer cierto éxtasis venoso, que termina ocasionando un varicocele o agravando uno preexistente (9).

Por su baja frecuencia los embarazos en diálisis son difíciles de estudiar. Ocurren en diferentes unidades, por lo que la mayoría de los nefrólogos trata a una o dos pacientes embarazadas en su práctica clínica. En la mayoría de las ocasiones el diagnóstico suele ser tardío por la elevada frecuencia de amenorrea secundaria a trastornos hormonales y la poca fiabilidad de los métodos de detección tanto en orina como en sangre, que igualmente se ven afectados en estas pacientes. Afortunadamente, el porcentaje de gestaciones con éxito es cada vez mayor, pero existe un aumento de la morbimortalidad materno-fetal, siendo muy alta en comparación con la población normal. Se cree, aunque no está documentado, que la frecuencia de embarazos de mujeres en HD está aumentando entre 1 % y 7 %, según las publicaciones más recientes y con comportamiento diferente en los distintos países: Arabia Saudita (1.4 %), Estados Unidos (0.5 %), Japón (0.44 %) y Bélgica (0.3 %) (12). Por razones inciertas, la concepción ocurre con una frecuencia de dos a tres veces mayor en las pacientes en HD que en las pacientes en DP. La prevalencia en nuestro medio es desconocida, quedando como anecdóticos los casos de gestaciones a término con éxito.

El primer embarazo a término logrado en una paciente en HD fue descrito por Confortini y colegas en 1971 en una mujer de 35 años. En 1980 se publicaron en el registro de la Asociación Europea de Diálisis y Trasplante (EDTA) varios casos recogidos de 1 300 mujeres en edad fértil, con una incidencia de embarazos de 0.9 % en pacientes en hemodiálisis crónica (12).

Actualmente se sostiene que la gestación en pacientes en HD supone un riesgo materno-fetal; si bien la supervivencia neonatal ha mejorado en las últimas décadas (12), la probabilidad de embarazo exitoso, excluyendo los abortos electivos, se acerca a 60 %-70 % si la madre alcanza el segundo trimestre. Para las mujeres que comienzan en diálisis después de la concepción, la probabilidad de tener un infante superviviente es de 75 % a 80 % (6). En 1994, Hou publicó una serie de casos en 206 unidades de diálisis norteamericanas, donde el porcentaje de abortos fue de 70 % antes de 1990 y menor de 40 % en los siguientes años. La mayoría de serie de casos descritos en el último milenio refiere tasas de gestaciones con éxito superiores a 70 % (12).

Las complicaciones maternas incluyen aborto espontáneo, desprendimiento placentario, anemia, infección, ruptura prematura de membranas, polihidramnios, parto pretérmino, hipertensión arterial (HTA), preeclampsia-eclampsia, hemorragia, necesidad de practicar cesárea y muerte materna con pocos casos registrados en la literatura. El pronóstico es peor en las pacientes que comienzan diálisis después de embarazarse. Las complicaciones fetales pueden ser restricción del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal, prematuridad, distrés respiratorio, crecimiento en una unidad de cuidados intensivos neonatales y muerte en útero o neonatal (12).

En la paciente trasplantada renal, el embarazo constituye el máximo exponente de la normalización del medio interno derivado de la recuperación de la función renal, en la que una de cada cincuenta enfermas puede quedar embarazada y dar a luz a término, en la mayoría de los casos sin complicaciones. No obstante, incluso en las circunstancias más favorables, existe un riesgo incrementado de presentarse HTA y/o proteinuria (13).

En 1958 Murray y colaboradores publicaron el primer embarazo en una receptora de injerto procedente de una gemela (9). El trabajo de Díaz y colegas comunica la experiencia de diez casos de embarazo en pacientes trasplantadas renales pertenecientes a la Fundación Puigvert que, con la

salvedad de un aborto espontáneo, terminaron con el alumbramiento de recién nacidos sanos con baja incidencia de complicaciones, señalando tan solo la necesidad de incrementar el tratamiento antihipertensivo en una paciente y la aparición de HTA en un segundo caso, que se complicó con preeclampsia y necesidad de cesárea urgente; la función renal se mantuvo estable, existiendo solo un incremento ligero y transitorio de la proteinuria en el tercer trimestre. De los recién nacidos, dos presentaron prematuridad o bajo peso, y todos evolucionaron sin complicaciones relevantes (13).

### Enfoque terapéutico

Si se tiene en cuenta que el deseo erótico constituye la fuente motivacional de los comportamientos sexuales se sobreentiende que el tratamiento de los trastornos originarios de este constituye blanco esencial en el manejo integral de los pacientes con ERC en estadios avanzados. En estudios publicados sobre el tema se ve claramente la diferencia existente entre los pacientes que están satisfechos en la esfera sexual erótica y los que no. Tanto unos como otros no reciben información sobre el tema, aparte de no existir un nivel estándar de funcionamiento a nivel de sexualidad y fecundidad (4). Se hace entonces imprescindible, como primera medida preventiva, implementar medios que garanticen una adecuada información a nuestros enfermos, así como aplicar instrumentos que, libres de tabúes, nos permitan sondear la magnitud de los diversos Trastornos Sexuales Disfuncionales, los que, de diagnosticarse y tratarse a tiempo, podrían contribuir a una mejor salud y a la mejoría en la autoestima y de las relaciones de tipo conyugal, familiar, social y laboral (8).

Al parecer, el varón está más dispuesto a tratarse la DS; al menos así se refleja en el estudio realizado en Melilla (3). Para considerar la DE y los resultados de su tratamiento, se ha desarrollado, como instrumento de evaluación, el Índice Internacional de la Función Eréctil (IIFE) y su versión abreviada IIFE-5, con poco uso en nuestro medio, y se han aplicado de



modo específico a los enfermos en DP, HD y TR (14). Otros métodos pocos difundidos también pueden resultar útiles para el diagnóstico de la DE: la Prueba de Estimulación Sensorial, la Inyección Intracavernosa con Fármacos Vasoactivos, el Registro Nocturno de la Rigidez Peneana, así como estudios radiológicos como la sonografía doppler de las arterias cavernosas o la arteriografía pudenda (8).

Según la causa de la DE, el tratamiento recomendado será general o conservador/psicológico, médico/endocrino o quirúrgico.

El manejo conservador incluye técnicas de psicoterapia, consejos de pareja y tratamientos psicosexuales, correctamente realizados por sexólogos o terapeutas sexuales. Como medida preventiva, se debe tratar de controlar los factores de riesgo asociados, como la HTA, el consumo de tabaco, la hiperlipidemia y la hiperglucemia, ya que estos pueden hacer que progresen las lesiones vasculares preexistentes. El cambio en la medicación también debe considerarse, sugiriéndose el uso de los medicamentos más seguros en cada caso.

Además, se requiere brindar una dosis de diálisis óptima y garantizar parámetros nutricionales adecuados. La corrección de anemia con EPO se ha relacionado con mejoría en la función sexual; esta droga se ha asociado con aumentos en los niveles plasmáticos de testosterona, reducción en los niveles de PRL y normalización de los mecanismos de regulación hipofiso-gonadal, sin que esté claro si estos cambios son solamente el resultado de corrección de la anemia o constituyen un efecto directo de la EPO. El control del hiperparatiroidismo secundario con la 1,25-(OH)<sub>2</sub>-vitamina D también se ha asociado con una mejora en la función sexual en algunos pacientes. Se ha sugerido además la deficiencia de cinc como una causa de fracaso gonadal, por lo que la corrección de los niveles séricos con suplementos de este se emplea con controversia en el tratamiento de estas disfunciones (6).

En los hombres urémicos con niveles bajos de testosterona, la administración de esta, en contraste con lo ocurrido en los de función renal

normal, no restaura totalmente la libido o la potencia sexual pese a existir un aumento de sus niveles séricos y provocar una reducción de la LH y la FSH. En un informe de 27 pacientes en diálisis con hipogonadismo, la administración de testosterona de depósito restauró la función sexual totalmente en solo tres pacientes; no obstante sus beneficios, parecen ser más claros en aquellos cuya queja primaria sea la disminución de la libido. Previo al uso de la testosterona, se requiere de un examen físico de la próstata y determinación de PSA cada seis a doce meses por el riesgo de aparición de adenocarcinoma (6).

Los pacientes con testosterona sérica disminuida e hiperprolactinemia se pueden beneficiar con el uso de la bromocriptina, agente agonista dopaminérgico que ha mostrado cierta eficacia en la mejora de la función sexual probablemente reduciendo los niveles de prolactina en sangre; sin embargo, su utilidad se ha limitado a causa de una frecuencia relativamente alta de efectos colaterales. Parece que otros agonistas dopaminérgicos, como parlodel y lisuride, son bien tolerados, pero solo se han usado en los estudios pequeños y a corto plazo (6). Existen otros fármacos orales no hormonales cuyo uso es controvertido en varones en diálisis o trasplantados, por lo que se requieren más evidencias que justifiquen su uso seguro. Entre estos se destacan el clorhidrato de yohimbina (bloqueador alfa-2 adrenérgico con acción a nivel de receptores colinérgicos y dopaminérgicos), la trazodona (antidepresivo utilizado actualmente como terapia de apoyo en casos psicógenos o depresivos), la L-arginina (precursor del óxido nítrico, esencial en el mecanismo de la erección), la fentolamina oral (bloqueante alfa-2) y la apomorfina (antagonista dopaminérgico) (8).

Sin dudas, desde finales de la década de los noventa, la introducción del citrato de sildenafil (Viagra) revolucionó el tratamiento en estos pacientes, demostrando su eficacia, tolerancia y seguridad clínica (14). En nuestro país se realizó un estudio multicéntrico no controlado en 22 pacientes en HD, con el objetivo de evaluar la evolución de la DE. Los pacientes recibieron 50 miligramos de sildenafil (Activin), dos veces por semana, durante cuatro semanas; se obtuvo que su uso se asoció a la

mejoría de la puntuación en los cinco dominios explorados con el IIFE-5, además de una mejoría de la DE en 81.8 % del total de los enfermos. Los eventos adversos se presentaron en 54.5 % de los enfermos, con carácter leve y transitorio —cefalea (30 %), rubor (27.5 %) y congestión nasal (24 %)—, concluyendo que el uso de sildenafil se comportó de manera efectiva y segura, pudiendo resultar extensivo a los paciente trasplantados (14).

El tratamiento quirúrgico, aún con menor difusión en nuestro medio, resulta útil sobretodo en aquellos casos de DE de causa iatrógena. Este incluye la revascularización por diferentes técnicas de vasos implicados directa o indirectamente en la erección; las técnicas microquirúrgicas realizadas sobre las arterias peneanas o cavernosas; o el implante de prótesis, con riesgo elevado de sepsis en caso de los trasplantados. Otros métodos, como la aspiración de los cuerpos cavernosos al vacío y la inyección intrauretral de Prostaglandina E1, se han empleado menos por los problemas locales que originan (14).

En el caso de la disminución de la libido, de mayor aparición en el sexo femenino, el tratamiento también depende de las causas. Será un tratamiento médico cuando la falta de deseo se deba a algunas causas fisiológicas descritas, mientras que la terapia de pareja resultará útil en problemas relacionales o vinculares. Uno de los enfoques se centra en las soluciones (en lo que va bien, en lo que funciona); así se prescriben tareas que ayudan a vivenciar, a explorar y a conocerse mutuamente. La corrección de la anemia con EPO y de la hiperprolactinemia con agonistas dopaminérgicos es una medida que se asocia igualmente en las mujeres con una mejora en la función sexual (6).

La dispareunia resultante de la deficiencia de estrógeno y la resequedad vaginal puede corregirse mediante el uso local de estrógenos, conjugados con compuestos de progesterona y estrógeno orales. Una dosis diaria de 0.3 miligramos de estrógeno y 2.5 miligramos de medroxiprogesterona proporciona bastante estrógeno para prevenir este trastorno, teniendo en cuenta que esta hormona se metaboliza más

lento en los pacientes en diálisis. Si aparece sangramiento con esta combinación, o con el tratamiento intravaginal, la progesterona puede aumentarse a 5 miligramos (6).

Es lógico plantear que el adecuado control de las DS constituye asimismo piedra angular para el manejo de las alteraciones en la vinculación afectiva que sufren nuestros pacientes. El trabajo de conjunto con psicólogos, sexólogos, psiquiatras, ginecólogos y urólogos debe ir encaminado a eliminar una serie de condiciones de riesgo, causantes en cierta medida de los conflictos de pareja, por lo que debe enfrentarse el estrés, la depresión, la ansiedad/irritabilidad, así como prestar atención a cambios fisiológicos, como los síntomas asociados a la menopausia (astenia, dispareunia, calor, sofocos) o el bajo nivel de testosterona en el caso de los hombres (6).

En relación con la reproductividad, se deben hacer salvedades en cuanto al método de suplencia de la función renal. Actualmente no se puede encontrar en la literatura un tratamiento sistemático nefrológico y ginecológico en las pacientes en diálisis. Las medidas referidas para conseguir gestaciones exitosas en estas pacientes incluyen el abordaje multidisciplinario, el aumento del tiempo de diálisis, el mantenimiento de niveles bajos de urea prediálisis, el intento de la prevención de la prematuridad, el control estricto de la tensión arterial y los electrolitos, la prevención de las infecciones urinarias y una monitorización fetal adecuada. Pese a las bajas tasas de gestaciones exitosas y al elevado riesgo de aparición de complicaciones materno/infantiles reportadas en las pacientes en diálisis, en ocasiones el deseo imperioso por el placer que representa la maternidad hace controvertido al personal médico desaconsejar el curso de una concepción, aunque obviamente el tratamiento de la infertilidad no se recomienda (12).

En relación con los métodos anticonceptivos, los implementos de barrera pueden usarse de forma segura al igual que en los individuos con función renal normal. Los contraceptivos orales en ocasiones resultan útiles, pero se contraindican en las mujeres con historia de tromboflebitis y en

aquellas con antecedentes de lupus. El uso de dispositivos intrauterinos (DIU) se desaconseja debido a su asociación con el sangrado ginecológico durante la HD como resultado de la heparinización; se ha descrito riesgo de peritonitis en las pacientes en DP.

Aunque a nivel mundial las guías y protocolos de atención y manejo de embarazadas trasplantadas son deficientes, idealmente se debe lograr que la concepción acontezca en presencia de una de las siguientes condiciones: función renal conservada con creatinina sérica inferior a 1.5 mg/dl, ausencia de proteinuria y tensión arterial normal; proteinuria mínima (inferior a 0.5 gramos al día) que no se haya incrementado en los meses previos, en ausencia de tratamiento con antiproteinúricos, IECA o ARAlI; o bien la presencia de hipertensión arterial leve que se controla (TA < 130/80) con un solo antihipertensivo. Se ha establecido que en presencia de una creatinina sérica superior a 2 mg/dl el embarazo sea desaconsejable por su elevado riesgo. Una creatinina sérica lentamente ascendente, aun siendo inferior a 1.5 mg/dl, o la aparición de hipertensión arterial o proteinuria *de novo*, aun de baja cuantía, debe alertarnos acerca de la posible existencia de un daño renal evolutivo, que debería ser adecuadamente evaluado y filiado, previamente a que la paciente quede embarazada (13).

Este escenario nos permite concluir que las mujeres que reciben un TR o se encuentran en listas de espera y se hallan en edad fértil deben conocer la posibilidad de quedarse embarazadas, debiendo disponer de métodos anticonceptivos, especialmente de barrera, para evitar los embarazos no deseados. En aquellas que lo deseen, el embarazo debería poderse programar, adoptando las medidas más convenientes y tratando de evitar aquellos fármacos inmunosupresores con un potencial de teratogenicidad. Además, toda paciente que manifieste su interés por quedarse embarazada, debe conocer no solamente los beneficios derivados de la maternidad, sino también los riesgos y posibles complicaciones que puedan aparecer con motivo del embarazo, así como las atenciones que el hijo pueda demandar (13). Asimismo, debe advertírsele de que los ciclos ovulatorios pueden empezar entre uno

y dos meses post-trasplante; debe considerarse la ligadura tubárica en el momento del trasplante si la mujer decide no tener hijos. Es importante tener en cuenta además que el DIU es un método contraceptivo que ve disminuida su eficacia en pacientes inmunodeprimidos como los trasplantados, puesto que precisa de respuesta inflamatoria e inmune para su correcto funcionamiento (9, 13).

## Conclusiones

Existe un incremento de las DS en los pacientes con ERC en estadio 5, independientemente de tener patologías asociadas o no; el uso de HD como tratamiento es causa por sí sola de dichos trastornos, ocurriendo en mayor número en los primeros años de tratamiento, condicionados por múltiples factores.

En los hombres, los problemas de DE e inapetencia y la reducción notable en conseguir el orgasmo son los de aparición más frecuente posterior a la entrada en diálisis, mientras que, en las mujeres, se incrementa levemente la inapetencia sexual, sin apreciarse cambios significativos en otras respuestas sexuales.

Varios de los factores involucrados en la aparición de trastornos del erotismo pueden mejorar o incluso desaparecer tras un TR exitoso; no obstante, este beneficio no se logra en la totalidad de los pacientes, manteniéndose prevalencias mayores que en la población general.

Tras el TR aparecen factores *de novo*, como el uso de inmunosupresores, enfermedades asociadas y condiciones iatrogénicas relacionadas con el proceder quirúrgico, que elevan la frecuencia de las DS en relación con la población general.

Las dificultades en las relaciones de parejas entre los pacientes en HD son relativamente frecuentes, sugiriéndose que estar soltero, divorciado o viudo constituye un predictor directo para la mortalidad por ECV y por todas las causas, condición que suele mejorar tras el TR.

A diferencia de la paciente afecta de insuficiencia renal avanzada o incluida en diálisis, en la que resulta excepcional la viabilidad del embarazo, la paciente trasplantada renal, en virtud de los cambios sistémicos derivados del restablecimiento de la función renal, puede quedar embarazada y dar a luz a término sin complicaciones.

Según la causa de la DE, el tratamiento recomendado será psicológico, médico o quirúrgico, siendo en todo momento útil las técnicas de rehabilitación.

El sildenafil es un tratamiento de la DSE, que resulta útil y seguro en los pacientes con enfermedad renal crónica de estadio 5 que se hallan bajo régimen de HD iterada, lo que constituye una alternativa que pudiera brindarse a estos y resultar extensivo a los pacientes trasplantados.

### Recomendaciones

Si se tiene en cuenta que los problemas sexuales en estos pacientes se basan en factores tanto físicos como emocionales, es importante introducir un apartado de historia psico-sexual del enfermo que brinde mayor información a este nivel y permita usar pautas de actuación adecuadas a cada caso.

En el enfoque terapéutico de los trastornos relacionados con la sexualidad, se deben considerar las exploraciones, informaciones y recomendaciones que ayuden a superar las incapacidades físicas, los desequilibrios emocionales y la amenaza a la vida sexual de los enfermos, teniendo en cuenta que un buen consejo médico puede hacer disminuir la ansiedad que reflejan los mismos, aumentar su autoestima, encontrar opciones sexuales que les puedan ser útiles y, en definitiva, ayudar a hacer frente a esta situación.

Hay que realizar más investigaciones que permitan abordar con mayor profundidad esta problemática, con el objetivo de elaborar protocolos

de actuación en las diferentes aristas de los trastornos de la sexualidad en el paciente con ERC avanzada.

### Referencias bibliográficas

1. Ecija I, Vidal D. Hemodialisis y disfunciones sexuales. Hospital de Llobregat. Barcelona; 2013. [Comunicación oral].
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002. Ginebra: OMS; 2006.
3. Muñoz García VE, et al. Comportamiento sexual en los pacientes de hemodiálisis en Melilla. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2010; 13(2):113-8.
4. Delgado Martín JA, et al. Disfunción sexual eréctil en el trasplante renal. Clínicas Urológicas de la Complutense, 7. Madrid: Servicio de publicaciones UCM; 1999. pp. 489-510.
5. Morales-Jaimes, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento sustitutivo renal: el papel de la depresión. *Gac Méd Méx* 2008; 144(2):91-8. Disponible en: [www.anmm.org.mx](http://www.anmm.org.mx)
6. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Handbook of Dialysis, 4a. ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2007. Disponible en: <http://www.LWW.com>
7. Fernández Vega F. Disfunción eréctil en el paciente hipertenso y renal. Servicio de Nefrología. Unidad de HTA. Hospital Central de Asturias, Oviedo. *Nefrología* 2002; 22(supl. 2):18-9.
8. Pérez Reyez MA. Principales trastornos sexuales disfuncionales que se presentan en los pacientes masculinos con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en Baxter Ambato durante el período octubre/2011-febrero/2012 [citado 4 sept., 2013] Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/3145>
9. Argüelles Salido E, et al. Fertilidad y trasplante renal. Unidad de Trasplante Renal y Andrología. Servicio de Urología Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. *Actualizaciones en Trasplante* 2005: 168-75.

10. Nouhi\_S, *et al.* Does end stage renal disease or type of renal replacement therapy affect marital relationship in diabetics? A preliminary report. *PubMed Services* 2007 Sep; 5(3):123-9.
11. Tanno K, *et al.* Associations of marital status with mortality from all causes and mortality from cardiovascular disease in Japanese haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2013; 28(4):1013-20.
12. Furaz-Czerpak KR, *et al.* Embarazo en mujeres en diálisis crónica: revisión. *Nefrología* 2012; 32(3):287-94.
13. Pallardó LM, *et al.* Embarazo y trasplante renal: luces y sombras. *Nefrología* 2008; 28(2):148-50.
14. Pérez-Oliva Díaz JF, *et al.* Experiencia con sildenafil oral en pacientes hemodializados. Estudio multicentro. *Rev Haban Cienc Méd* 2008 Oct-Dic; 7(4) [Versión on-line].

## SEXUALIDAD EN MUJERES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Dra. Sayli Álvarez Díaz, Dra. Daymiris Méndez Felipe, Dra. Janete Treto Ramírez, Dr. Ernesto Delgado Almora, Dr. Carlos Gutiérrez Gutiérrez, Dr. Julio Valdivia Arencibia

### Introducción

La relación entre sexualidad y salud es tal que un grupo de expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología, propuso, entre otras, la siguiente definición: «...la salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad». Existe evidencia y unanimidad científica en atribuir la principal causa de la pérdida de la salud a las disfunciones sexuales (1).

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es, de acuerdo con Martínez Llamas y Legido, un problema que en los últimos años se ha incrementado de manera considerable. El ritmo de vida acelerado y las influencias del entorno social, ecológico y personal impactan de manera significativa en las personas del siglo XXI, provocando en ellas problemas de salud que derivan, en algunos casos, en enfermedades del riñón (2).

Los avances tecnológicos y terapéuticos han contribuido al aumento de la supervivencia de la ERC, pero sin permitir el retorno a la vida en relación con los aspectos cualitativos. Debido al aumento de la supervivencia de estos pacientes, se ha dado mayor énfasis a las complicaciones que pueden disminuir la calidad de vida y aumentan la mortalidad (3).

Las disfunciones sexuales se consideran un tema sanitario de primer orden, porque pueden producir un deterioro potencial de la calidad de vida y del estado general de salud. Es evidente que los pacientes con

ERC sufren varios cambios físicos y psíquicos durante el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, ya sea conservador o sustitutivo, que afectan directamente la salud sexual del individuo.

Los cambios físicos se relacionan con las alteraciones orgánicas producidas por la uremia y con la repercusión que sobre la esfera sexual pueden tener las comorbilidades, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la cardiopatía isquémica. Los cambios psíquicos se corresponden con el impacto emocional en el paciente y su familia al diagnosticar la ERC, y están dados, entre otros, por el estrés, la depresión, la ansiedad y los sentimientos de culpa e inseguridad que sufren estos pacientes, lo que los llevan a cambiar patrones de comportamiento, estilos de vida y procesos de construcción en su nueva identidad, ahora como enfermos crónicos (4).

Giovanni Strippoli, coordinador de investigación renal en el centro de farmacología y biomedicina italiano Consorzio Mario Negri Sud y vicepresidente científico de Diaverum, acaba de aportar nuevas evidencias sobre la verdadera trascendencia del problema en las pacientes femeninas. Al parecer, hasta cuatro de cada cinco padecen algún tipo de disfunción sexual. Insiste en que estas pacientes «deberían ser adecuadamente evaluadas para detectar problemas sexuales». Este aspecto suele obviarse en las consultas, porque resulta difícil de abordar e, incluso, porque a menudo es embarazoso. El apoyo del equipo multidisciplinario que atiende a la paciente renal crónica es de suma importancia, pues tiene como responsabilidad el desarrollo de nuevas estrategias que ayuden a preservar la calidad de vida y permitan aliviar el sufrimiento ante esta enfermedad que tanto debilita y convierte en dependiente, aplicando en cada caso una intervención terapéutica apropiada (5).

Existe escasa evidencia en la literatura científica y en trabajos de investigación nacionales e internacionales que aborden el tema de la calidad de vida sexual en mujeres con ERC. Hasta ahora, los esfuerzos en investigación se han centrado mayoritariamente en el sexo masculino.

Investigar sobre el tema y abordar su complejidad, podría allanar el camino para la consideración de la calidad de vida en la supervivencia de la ERC.

Este trabajo tiene como objetivo profundizar en las alteraciones tanto orgánicas como psicológicas de la mujer con ERC que influyen negativamente en su salud sexual y hacer énfasis en la importancia de la sexualidad en las edades extremas, como medida de la calidad de vida en estas pacientes.

### **Alteraciones orgánicas en la ERC que afectan la esfera sexual**

Todas las enfermedades crónicas pueden alterar la calidad de vida de un individuo, pero son especialmente graves cuando afectan la esfera sexual y reproductiva. Existe evidencia y unanimidad científica en atribuir la principal causa de la pérdida de la salud a las disfunciones sexuales en las mujeres, expresadas por ausencia o disminución del deseo sexual, la disfunción orgásmica, la dispareunia, el vaginismo,... La disfunción sexual es una entidad altamente prevalente en mujeres con ERC y el origen de la misma todavía no es bien conocido, aunque puede ser causada por la interacción de varios factores, como el estado urémico, el afrontamiento ineficaz a la enfermedad, una percepción disminuida de bienestar físico, las alteraciones hormonales y las patologías asociadas (diabetes, enfermedad vascular, cardiopatía isquémica,...) y/o el efecto secundario de los fármacos.

La mayoría de pacientes con ERC, y especialmente los que se encuentran en diálisis, presentan anemia en grado moderado/severo. La causa se debe 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 importantes síntomas y limitaciones funcionales, como astenia, fatiga y taquicardia. Al disminuir el tenor de oxígeno en sangre, se genera menor oxigenación y, por ende, hay disminución de la lubricación, disfunción eréctil y vaginitis atrófica; además, pueden

tener aliento urémico, prurito, cambios de coloración de la piel, disnea, problemas estéticos con la fistula o el catéter de hemodiálisis o diálisis peritoneal,... En un estudio realizado por F. Z. Coelho-Marques en 2006, se estudiaron 38 mujeres mayores de 18 años en diálisis: 58 % presentaron algún tipo de disfunción sexual, que mejoró al ajustar la dosis de diálisis y ser tratadas con terapia sexual de pareja (5).

La ERC en mujeres se acompaña frecuentemente de disregulaciones endocrinas que provocan alteraciones en la menstruación y en la fertilidad. Existe un defecto en la secreción hipotalámica de gonadotropinas, lo que resulta en picos menores de estradiol, ratios FSH/LH disminuidos y un aumento en la concentración de prolactina sérica. Todas estas alteraciones provocarán ciclos anovulatorios y amenorrea persistente. Al mismo tiempo la hiperprolactinemia se ha asociado a disminución del deseo sexual, infertilidad, vaginitis atrófica, disminución del vello púbico, disminución de la masa del tejido mamario, descenso de la lubricación vaginal y dispareunia, entre otros. El hiperparatiroidismo y el déficit de cinc contribuyen de manera importante a esta sintomatología.

Aunque la probabilidad de tener un embarazo durante la enfermedad o en tratamiento sustitutivo de la función renal es baja, se ha reportado en la literatura que las probabilidades aumentan cuando la paciente recibe una dosis de diálisis adecuada y aun más cuando es trasplantada y tiene una evolución favorable y sin complicaciones.

A la enferma con ERC se le asocian otras patologías, bien por poseerlas antes de la aparición de su enfermedad o por ser posteriores y aparecer en el curso evolutivo del tratamiento. Estas patologías pueden ser diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica,...

La diabetes provoca a largo plazo la aparición de problemas a nivel sexual, como anorgasmia, vaginitis o dispareunia en las mujeres. El aumento de la glucemia produce un engrosamiento de la pared de los pequeños vasos sanguíneos, lo que conduce a la microangiopatía diabética, complicación crónica que puede concluir, entre otras

afecciones, en la nefropatía diabética, y de ahí en la insuficiencia renal crónica.

En los pacientes hipertensos hay que tener en cuenta tres modos distintos en los que la enfermedad afecta la conducta sexual. La presencia de un síndrome arterial periférico es causante de disfunción erectiva y disminución de la libido en las mujeres. Los efectos secundarios de la medicación antihipertensiva que el paciente debe tomar, pueden contribuir a perpetuar la disfunción sexual. Por su parte, los betabloqueantes favorecen la disfunción sexual en los pacientes con alteraciones vasculares previas. A su vez, la metildopa ocasiona una disminución de la libido en más de la mitad de los pacientes tratados. Los diuréticos, también prescritos para el tratamiento de la hipertensión arterial, presentan efectos colaterales sobre la función sexual. Se mencionan como opciones terapéuticas al prazosin, los bloqueantes o antagonistas cálcicos y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, que permitirían la regulación de la tensión arterial sin modificar el desempeño sexual.

En la cardiopatía isquémica hay varios factores que contribuyen a la disfunción sexual, como la presencia de angor al iniciar las relaciones sexuales y el sentimiento de miedo al reinfarto o a la muerte súbita, que conducen a la disminución de la frecuencia con que realizan el acto sexual.

En la paciente trasplantada renal, el uso de esteroides puede causar aumento de peso, acné y crecimiento de vello no deseado. Las cicatrices quirúrgicas pueden hacer que las pacientes se sientan poco atractivas, y son frecuentes las vaginitis y las infecciones urinarias (6-14).

### **Alteraciones psicológicas en la paciente con ERC que afectan la esfera sexual**

La reacción psicológica ante el diagnóstico de una enfermedad crónica degenerativa incluye estrés, desgaste emocional, miedo a la



muerte, a que la relación sexual provoque alteración cardiovascular y a la infertilidad,... Se duplica en el sexo femenino por la responsabilidad que asume la mujer en la sociedad, lo que la lleva a cambiar patrones de comportamiento y estilos de vida, y a entrar en un proceso de construcción de una nueva identidad, ahora como enferma crónica.

Predomina el mal humor, la depresión, la ansiedad y la baja autoestima. La enfermedad renal y su tratamiento pueden interrumpir las actividades habituales y las relaciones familiares. Se producen cambios en la apariencia física (fístula o el catéter para diálisis peritoneal), que implican complejos de inferioridad y disminución del deseo sexual. En cuanto al sexo, muchos pacientes pueden formarse una imagen negativa de su cuerpo. La dependencia constante de una máquina, el miedo a una posible intervención en caso de trasplante, la pérdida del trabajo y del rol social, la invalidez permanente, los problemas económicos y los conflictos con la pareja y a nivel familiar, provocan ansiedad, depresión, irritabilidad y disminución de la disposición a tratarse la disfunción sexual.

El estrés, la ansiedad, los sentimientos de inferioridad por cambios estéticos (hirsutismo, obesidad, cicatrices), la polifarmacia y el miedo a dañar el riñón durante el contacto sexual pueden crear, en el trasplante, problemas en la relación con la pareja y en las relaciones sexuales. Los pacientes y su pareja pueden temer que la actividad sexual afecte su salud. No tiene por qué haber ninguna limitación en el caso de diálisis o trasplante, solo las que uno mismo se imponga por la tensión que le cree o el nivel de debilidad que se tenga.

Las mujeres con ERC pueden quedar embarazadas. Aunque durante el proceder dialítico las oportunidades de embarazo disminuyen, se reporta en la literatura embarazos logrados con una dosis de diálisis adecuada y una evolución satisfactoria durante el tratamiento. Las oportunidades de un embarazo exitoso son mucho mejores para pacientes con trasplante renal.

## Alteraciones sexuales en edades extremas de la vida

*ERC en la tercera edad.* La paciente de la tercera edad con ERC tiene mayor tendencia a la depresión. Los cambios hormonales propios de la edad y los provocados por la enfermedad de base la llevan a presentar trastornos sexuales, como disminución del deseo sexual, problemas con la lubricación y anorgasmia. La menopausia, como proceso natural evolutivo, empeora la disfunción sexual de la paciente.

En esta edad la mujer no le da importancia al trastorno sexual durante su enfermedad y, en la mayoría de los casos, no comunica sus dolencias y preocupaciones en esta esfera de la vida al médico de asistencia. De ahí la importancia de hacer énfasis en evaluar la esfera sexual, pues el envejecimiento en sí no frena la actividad sexual, y son los problemas de salud los principales inconvenientes. En la Universidad Federal de Goiás, Brasil, en 2011 se estudiaron 32 féminas en el servicio de hemodiálisis: 94 % admitieron que tenían trastornos sexuales y el resto prefirió no hablar sobre el tema.

*ERC en la niñez.* La sexualidad implica necesidad de sentirse una persona emocional y personalmente activa, y atractiva con impacto hacia los demás. Los comportamientos y la subjetividad del adolescente podrían estar atravesados por el trauma del diagnóstico de ERC: el dolor, el retraso pondo-estatural, la aparición tardía de los caracteres sexuales secundarios, las cuestiones estéticas a causa de las cicatrices, la polifarmacia, las hospitalizaciones frecuentes, las restricciones médicas en cuanto a la dieta, la sobreprotección de los padres, la falta de autonomía, la inmadurez, la responsabilidad y la imposibilidad de llevar una vida normal durante el proceso de la adolescencia. De ahí la importancia que tiene para el equipo multidisciplinario la evaluación de la esfera sexual, en esta etapa tan importante y decisiva para el desarrollo integral del individuo (15-24).

## Estrategia a seguir ante una mujer con ERC y trastornos sexuales

- Hacer una historia médica, psicológica y sexual de la paciente y su compañero.
- Ser valorada por un equipo de psicología que considere los trastornos emocionales a que se someten estas pacientes y tome las conductas pertinentes.
- Mejorar cualquier efecto secundario corregible de la insuficiencia renal o del tratamiento que puedan estar involucrados en la disfunción sexual.
- En particular en la adolescencia, los padres deben expresar sus preocupaciones sobre el crecimiento y el desarrollo sexual al médico, y luchar contra el impulso de proteger a sus hijos del dolor de crecer, pues la autoestima, la independencia y la identidad sexual son muy importantes en los jóvenes con ERC.
- Ocuparnos de la mujer con ERC en la tercera edad.

## Opciones de tratamiento

- Los ejercicios de relajación pueden ayudar a controlar los miedos a que están sometidas estas pacientes.
- El ejercicio físico regular y la actividad ayudan a mantener la mente ocupada y pueden mejorar la condición física y la imagen corporal.
- Uso de terapia hormonal, lubricantes vaginales,...
- Terapia sexual adecuada en cada caso.
- Educar a las pacientes en su autocuidado.
- Familiarizar a las pacientes con el tratamiento elegido y con el personal que debe atenderles, contribuye a disminuir el nivel de estrés y mejorar su estado emocional.
- Mantener comunicación activa con su familia, centro laboral y comunidad.

## Conclusiones

1. Existe escasa evidencia en la literatura científica y trabajos de investigación, nacionales e internacionales que aborden el tema de la calidad de la vida sexual en mujeres con ERC.
2. La ERC afecta la conducta sexual del individuo que la padece, y la mayoría de las mujeres con esta patología sufre trastornos físicos y emocionales que provocan disfunciones sexuales durante el curso de su enfermedad.
3. No se hace énfasis en la calidad de la vida sexual de las mujeres con ERC durante la detección, el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad por el equipo multidisciplinario que provee la atención médica.
4. La mayoría de las mujeres con ERC no considera relevantes las manifestaciones de disfunción sexual que experimentan como parte del complejo espectro sintomático de su enfermedad.

## Recomendaciones

Se requiere diseñar y desarrollar investigaciones en el campo de la sexualidad de las personas con ERC, y específicamente sobre los trastornos sexuales de mujeres con la enfermedad. Ello podría aportar evidencias científicas sobre la importancia de la sexualidad feliz, la calidad de vida y la supervivencia asociada a la ERC y sus formas de tratamiento sustitutivo.

Las mujeres con ERC deben evaluarse por un equipo multidisciplinario, integrado por nefrólogos, urólogos, psicólogos clínicos, nutricionistas y trabajadores sociales que valoren la introducción de un apartado en la historia psicosexual de la enferma con el fin de proporcionar información adecuada para la actuación en cada caso.

Deberá existir una estrategia que garantice el control especializado de factores asociados al desarrollo de la disfunción sexual en la mujer durante el curso de la ERC y su tratamiento.

Se deberán programar actividades educativas (talleres, cursos interactivos, charlas colectivas y orientaciones individuales, entre otras) dirigidas a las personas con ERC, en las que se brinden información y capacitación sobre la repercusión de esta enfermedad en la esfera sexual, así como los estudios complementarios y el enfoque terapéutico y psicológico adecuado, de manera que faciliten enfrentar y superar las incapacidades físicas, los desequilibrios emocionales y la amenaza a su vida sexual, y maximicen la calidad de vida sexual en el paciente con ERC.

## SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR, ENFERMEDADES PROSTÁTICAS Y SEXUALIDAD: REPERCUSIÓN DEL TRATAMIENTO UROLÓGICO

Dr. Ramiro Fragas Valdés

Con el aumento de la edad del hombre es común ver la asociación entre los STUI, la HPB, con OVV, es decir, síntomas del tracto urinario inferior (STUI), crecimiento prostático (HPB) y dificultad en el vaciamiento vesical (OVV) (1).

La prevalencia de STUB (síntomas del tracto urinario bajo) o STUI, como chorro débil, urgencia, aumento de la frecuencia miccional y micciones nocturnas, se incrementa progresivamente con la edad en varones normales, a partir de los 50 años (2).

También se ha demostrado disminución en la tasa de flujo urinario (urodinámicos) con la edad en 2 113 varones normales (sin enfermedad prostática conocida ni nada que interfiera el flujo urinario), con edades entre 40 y 79 años, residentes en Olmsted County, Minnesota (3).

La HPB (presencia histológica de crecimiento glandular prostático) es clínicamente evidente en 50 % de los hombres por encima de 50 años y aparece en 80 % de los hombres mayores de 80 años. Los andrógenos, particularmente la dihidrotestosterona, juegan un papel preponderante en su aparición. La hiperplasia de la próstata cierra la luz uretral (componente estático). El tono aumentado del músculo liso prostático, mediado por los receptores adrenérgicos, puede obstruir el vaciamiento vesical (*componente dinámico*). El crecimiento glandular (*componente estático*) y el aumento del tono del músculo liso (componente dinámico) pueden provocar los STUI.

El tracto genital masculino y las vías urinarias comparten varios de sus principales componentes anatómicos, sistemas de inervación y mecanismos

celulares y moleculares de regulación de su musculatura lisa. No es sorprendente que también coexistan sus enfermedades. Trabajos recientes han demostrado asociaciones significativas entre el deterioro de la función eréctil y/o eyaculatoria, y los *síntomas del tracto urinario inferior (STUI)*, denominados con frecuencia con la abreviatura inglesa LUTS (*lower urinary tract symptoms*) (4).

La Encuesta Multinacional del Hombre Maduro o Envejecimiento masculino (MSAM-7) asoció la función eréctil (IIFE), la HPB/STUB y la edad (5, 6).

En lugar de detectar un tumor benigno o maligno, el examen microscópico de la muestra de la biopsia a veces detecta una condición conocida como «hiperplasia». La hiperplasia se refiere al aumento de tamaño de un tejido que ocurre por la excesiva tasa de división de células, lo cual conduce a un número de células más grande de lo normal. Sin embargo, la estructura celular y el arreglo ordenado de las células dentro del tejido permanecen normales y el proceso de hiperplasia es potencialmente reversible. La hiperplasia puede ser una reacción normal del tejido a un estímulo irritante. Un ejemplo de hiperplasia es un callo que se haya formado en su mano cuando, por primera vez, aprendió a usar una raqueta de tenis o un palo de golf. Desde el punto de vista de la Fisiopatología de la HPB, se produce por la obstrucción con estasis urinaria, infección, Litiasis + Pielonefritis con daño renal que puede llegar a la Enfermedad Renal Crónica (ERC).

Los STUI son muy variados, desde:

- disminución del calibre y la fuerza del chorro,
- micción con esfuerzo,
- micción retardada,
- goteo terminal,
- interrupción brusca del chorro,
- ardor miccional,

- tenesmo vesical,
- urgencia,
- polaquiuria (frecuencia urinaria),
- nicturia (polaquiuria nocturna),
- incontinencia de orina por rebosamiento,
- dolor o malestar hipogástrico.

Para evaluar la HPB y los STUI, es necesario tener en cuenta:

- los cuestionarios internacionales de síntomas prostáticos (IISP o IPSS), de la AUA (American Urological Association),
- la comorbilidad en la historia clínica del paciente,
- el examen uro-neurológico (vascular y nervioso),
- el tacto rectal (características de la próstata),
- el examen microscópico de la orina y urocultivo,
- la creatinina,
- el Antígeno Prostático Específico (APE o PSA),
- el ultrasonido renal y pélvico (vesico-prostático),
- y/o el ultrasonido transrectal de próstata,
- la cistoscopia,
- el urograma excretor,
- y/o Uro-TAC contrastado, para descartar litiasis o tumor.

### Calidad del sueño

Despertarse durante las primeras 3 o 4 horas de la noche (es decir, durante la fase reparadora de sueño profundo), puede provocar que la persona esté somnolienta y cansada al día siguiente.

La interrupción del sueño durante las primeras 3 o 4 horas produce mayor cansancio y reduce el umbral de tolerancia del dolor.

La cantidad de horas de sueño ininterrumpido hasta el primer despertar puede ser un buen indicador para determinar la calidad del sueño y, por consiguiente, el nivel de descanso al día siguiente (7).

## Los STUI, muy relacionados con la Enfermedad Renal Crónica (ERC) y la sexualidad

Existen diferentes estados patológicos que producen STUI, sobre todo las enfermedades prostáticas (hiperplasia prostática, cáncer de próstata y prostatitis) y otras entidades que dificultan el vaciado de la vejiga, como la vejiga neuropática y la estrechez uretral.

Los distintos trastornos sexuales que pudieran presentarse en estos pacientes, son la disfunción eréctil (DE), los trastornos eyaculatorios, la falta de deseo sexual y la dificultad para lograr el orgasmo, los cuales pudieran presentarse solos o asociados unos con otros. Estos trastornos pudieran modificarse por la acción de algunos tratamientos medicamentosos o quirúrgicos usados para mejorar los STUI.

Cuando el tratamiento de los STUI no logra detener el deterioro progresivo del tracto urinario superior, puede llevar al paciente a una ERC con daños irreversibles, por eso es importante identificar precozmente esta sintomatología y tratarla oportunamente.

Existen otras afecciones genitourinarias que pueden afectar la sexualidad como son los tumores (vejiga, pene, uretra), así como, entre otras, el trauma del pene, la fibrosis o la enfermedad de Peyronie, pero estos temas no serán objetivos de esta presentación en estos momentos.

Concurren con frecuencia en los mismos sujetos trastornos como la DE y los STUI, en especial los derivados de la HPB. Se debate si esta asociación refleja una fisiopatología común o ambos tipos de trastornos son consecuencias independientes de procesos como el envejecimiento.

Al sistema de señalización óxido nítrico (NO) / guanosín monofosfato cíclico (GMPc) / fosfodiesterasa 5 (FDE5) se le reconoce ahora un papel crucial en la regulación de la erección del pene. Esto se traduce en la alta eficacia mostrada por los fármacos inhibidores de esta fosfodiesterasa (iFDE5), como el sildenafil, el tadalafil y el vardenafilo

en el tratamiento de la DE. El sistema de señalización NO / GMPc / FDE5 se encuentra también ampliamente representado en el tracto urinario, en el que parece mediar, entre otras funciones, la relajación del músculo liso de la vía urinaria y, posiblemente, la apoptosis en el tejido prostático. Esto ha llevado a explorar los posibles efectos beneficiosos del tratamiento con iFDE5 en estas funciones. Así, se está documentando progresivamente cómo la toma «a demanda» de iFDE5 por pacientes con DE mejora también en algún grado sus STUI. Tal respuesta a estos fármacos se hace más robusta cuando se administran diariamente, de modo pautado. Si bien se ha advertido el riesgo de aparición de episodios de hipotensión cuando se asocia la toma de iFDE5 con bloqueadores (usados comúnmente en el tratamiento de la HPB), la gravedad de esta es mucho menor que con la asociación, rigurosamente contraindicada, de iFDE5 y nitratos. De hecho, se está estudiando la posible asociación del tratamiento combinado con iFDE5 y bloqueantes  $\alpha$  en el tratamiento de los STUI secundarios a HPB (4).

Martín Morales y colaboradores han investigado la prevalencia de las disfunciones eyaculatorias en pacientes con HPB tratados con  $\alpha$ -bloqueadores, así como la relación de las alteraciones eyaculatorias con los factores pronósticos y la gravedad de la HBP (8). Este fue un estudio epidemiológico, transversal, no controlado, en 1 117 pacientes de 40 años de edad, diagnosticados de HBP con más de 6 meses de evolución, tratados con el mismo  $\alpha$ -bloqueador durante los últimos 3 meses. El grado de Disfunción Eyaculatoria se determinó con el cuestionario MSHQ. Los resultados indicaron que la prevalencia de Disfunción Eyaculatoria fue de 83 % y que 46 % de los pacientes la consideraban un problema. La edad avanzada se asoció a mayor gravedad, tanto de síntomas prostáticos como de Disfunción Eyaculatoria (entre 40 y 49 años: 5,3 % moderada; entre 80 y 90 años: 52 % moderada,  $p < 0,0001$ ). Vieron una correlación significativa entre ambos parámetros ( $\rho = 0,26$ ,  $p < 0,0001$ ). Entre los  $\alpha$ -bloqueantes evaluados, los pacientes tratados con alfuzosina presentan mayor proporción de función eyaculatoria normal o disfunción leve (81 %). Concluyen que el 83 % de pacientes con HBP sufren Disfunción Eyaculatoria, asociada a la severidad de los síntomas

prostáticos y a la edad. Al establecer tratamientos con  $\alpha$ -bloqueantes, cabría usar aquel que menos afectase la función eyaculatoria.

Guirao Sánchez investigó por qué no consultan sus problemas sexuales los pacientes con LUTS (9). Para ello valoró los motivos por los que los pacientes de ambos sexos con síntomas del tracto urinario inferior (LUTS) no consultan sus disfunciones sexuales, realizando un estudio epidemiológico, prospectivo y multicéntrico de pacientes de ambos sexos, de más de 50 años de edad, que consultan por LUTS, para valorar su función sexual, con los siguientes resultados. Los motivos por los que no han consultado sus disfunciones sexuales han sido:

- desconocimiento de que podían obtener ayuda (v = 28,57 %, m = 37,77 %),
- consideran su situación como normal (v = 35,71 %, m = 46,66 %),
- falta de interés por el sexo (v = 14,28 %, m = 60%),
- no interfiere en su relación de pareja (v = 16,66%, m = 17,77 %),
- les daba vergüenza consultar (v = 9,52 %, m = 35,55 %),
- finalmente, más de una de las anteriores (v = 59,52 %, m = 80 %).

Concluyen que uno de los motivos principales por los que no consultan, es por la tendencia negativa en la preocupación por sus síntomas conforme los pacientes van envejeciendo, pues consideran que sus alteraciones urológicas y sexológicas son consustanciales con el envejecimiento y que debían adaptarse con resignación a esta situación; resulta aún más llamativo en el caso de las mujeres, cuyos interés y práctica sexual son mucho más reducidos que en el caso de los varones.

### La Disfunción Eréctil (DE), un marcador del estado de salud y calidad de vida del varón

La DE puede ser un síntoma de otra afección subyacente. La DE puede detectar enfermedades insospechadas; muy asociadas se encuentran

diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), dislipidemia, hepatopatías, enfermedad vascular periférica, hiperplasia y ADC próstata, trastornos psiquiátricos (depresión) y cardiopatía isquémica. En estos casos, la DE puede ser un síntoma centinela. Muchos hombres con DE desconocían sus enfermedades asociadas (10).

Aunque defendemos la atención multidisciplinaria e integral, debemos tener en cuenta el *Documento de Consenso Español sobre Disfunción Eréctil*, que considera el papel del urólogo y/o andrólogo en el manejo de la DE.

Al ser el urólogo/andrólogo el especialista que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud del aparato urogenital, su participación en la atención integral a la DE es fundamental e imprescindible, por varias razones:

- ser el receptor natural de los problemas derivados del aparato genital masculino;
- ser el responsable de la atención a pacientes de edad con patologías urológicas, en las que la DE es altamente prevalente y/o está fuertemente asociada (por ejemplo, la hiperplasia benigna de próstata), siendo necesaria la detección activa de DE.
- existencia de patologías y tratamientos específicos urológicos que conducen a la DE (por ejemplo, el cáncer de próstata, la cirugía radical pelviana y la enfermedad de Peyronie);
- tener la capacitación médica y quirúrgica suficiente para acometer todo el espectro terapéutico de la DE.

El papel del urólogo y del experto en Andrología en el campo de la DE consiste en aplicar la metodología necesaria para realizar un diagnóstico diferencial entre la etiología psicógena y orgánica, así como diagnosticar, cuando esté indicado, la alteración orgánica subyacente. Una vez realizado el diagnóstico, la aplicación del tratamiento seguirá el esquema propuesto en el documento troncal, siendo responsabilidad

del urólogo y experto en Andrología el manejo de los tratamientos de segunda y tercera líneas.

En relación con la prevalencia de DE en patología específicamente urológica, es importante reseñar que en casi una cuarta parte de los varones *diagnosticados de cáncer de próstata* se realizará de forma terapéutica una *prostatectomía retropúbica radical* con intención curativa. Entre las posibles secuelas de la operación, se encuentra la DE, causada por la afectación de los paquetes vasculonerviosos (bandeletas) del pene durante la cirugía. Prácticamente el 100 % de los pacientes en los que se lleva a cabo esta operación, sufrirán DE. La incidencia de DE es menor con el uso de técnicas quirúrgicas, en las que se intentan preservar de forma uni o bilateral las bandeletas, cifrándose en 40-70 %.

Asimismo, la DE también puede acontecer cuando se aplica radioterapia en el cáncer de próstata. La frecuencia de DE alcanza 25-60 % tras radioterapia externa y 15-25 % con el uso de implantes radioactivos (braquiterapia). La causa de la DE en radioterapia externa parece ser de origen vascular.

La DE afecta a más de la mitad de los pacientes con insuficiencia renal, de los que solo el 60-75 % recupera su función eréctil después del trasplante.

La hipertrofia benigna de próstata (HBP) es una patología muy frecuente en el varón de mediana edad. Publicaciones recientes sugieren que la HBP puede ser un factor de riesgo para disfunción sexual, pues se había detectado la presencia de DE hasta en 44,2 % de los pacientes con HBP severa y en 13,1 % en casos más leves. El estudio EDEM (Estudio Español de Prevalencia de la Disfunción Eréctil) detectó y cuantificó una fuerte asociación entre sintomatología del tracto urinario inferior, medida con el IPSS, y la probabilidad de padecer DE, medida con el dominio Función Eréctil del IIEF (Índice Internacional de Función Eréctil). Si se toma como categoría de referencia sujetos con un IPSS leve y edad comprendida entre 25 y 39 años, el riesgo de sufrir DE se multiplica por más de 2 si la sintomatología urinaria es moderada y por más de 3 si es severa, en cualquiera de los grupos de edad.

La DE también puede ser consecuencia de algunas de las terapias utilizadas para la HBP, pues se ha comunicado DE en 4,6 %, 13,6 % y 15,6 % tras incisión transuretral de la próstata, resección transuretral (RTUP) y adenomectomía prostática. La DE post-RTUP parece secundaria al daño de pequeñas fibras nerviosas (paquete vasculonervioso) que inervan el pene. Con prostatectomía por láser la incidencia registrada de DE oscila entre 0 % y 5,4 %. Cuando la HBP se trata con finasteride (un inhibidor de la 5 alfa reductasa que bloquea la transformación de testosterona en dihidrotestosterona), también puede afectarse la erección hasta en 5 % de los pacientes. Con los  $\alpha$ -bloqueantes la función eréctil no resulta afectada.

### Cáncer de próstata y sexualidad

El cáncer de próstata se ha convertido en la década de los noventa en la neoplasia masculina más frecuente en los Estados Unidos (11). Su incidencia tiene relación directa con la edad. Es la segunda causa de muerte por cáncer en los hombres cubanos, después del cáncer de pulmón. El aumento de la expectativa de vida y la introducción del antígeno prostático específico (APE), asociado al examen digito-rectal (EDR) de la próstata, han permitido un incremento de casos diagnosticados en la última década, pues se detectan en etapas tempranas de la enfermedad y, por tanto, en hombres más jóvenes, en plena vida sexual. La elección del tratamiento depende de:

- la edad del paciente y su pareja,
- la expectativa de vida,
- la relación con enfermedades asociadas,
- la etapa clínica en que se encuentre la enfermedad,
- si tiene pareja con actividad sexual previa o no, conocer sus expectativas con relación a la actividad sexual.

También está asociado con la preparación técnica y profesional del equipo médico y de los recursos tecnológicos y financieros disponibles. Las variantes terapéuticas del cáncer prostático pueden dividirse en



tratamiento curativo (cirugía radical, radioterapia externa e intersticial, braquiterapia, HIFU) o paliativo (manipulación hormonal).

### Causas de disfunción eréctil en los pacientes con cáncer de próstata

La disfunción eréctil (DE) en estos pacientes dependerá principalmente del tratamiento utilizado, pudiendo ocurrir lesiones: neurológicas de nervios pélvicos; arteriales, sobre todo en la cirugía radical; enfermedad venooclusiva en la radioterapia; y hormonales por las distintas variantes de la manipulación hormonal; además de las causas psicológicas. Al evaluar la DE en el paciente con cáncer de próstata, deben evitarse pruebas invasivas y tener en cuenta el riesgo-costo-beneficio, fundamentalmente interrogatorio y examen físico. Resulta de gran valor determinar objetivamente el grado de función eréctil antes y después del tratamiento, mediante el IIEF (12) o su cuestionario abreviado de cinco preguntas (IIEF-5), de alta sensibilidad y especificidad. Otros estudios útiles serían la prueba diagnóstica y terapéutica, citrato de sildenafil oral, la farmacoerección con drogas intracavernosas (IDV) o el MUSE intrauretral.

### Tratamiento de la disfunción eréctil en los pacientes con cáncer de próstata

Debe evitarse la DE, sin comprometer la vida del paciente; ha de tener un carácter preventivo y/o precoz, desde la elección del tratamiento. En la cirugía radical, debemos evitar daño vasculonervioso, por lo menos bilateral; se debe iniciar desde la cuarta o sexta semana un tratamiento con drogas orales: inhibidores de la PDE<sub>5</sub> o farmacoerección (PGE-1). En la manipulación hormonal, valorar terapia intermitente según los valores del APE y usar la bicalutamida de 150 mg. Cuando esté demostrado un daño orgánico irreversible, tener en cuenta la cirugía protésica peneana.

Asimismo, Rodríguez Vela y colaboradores investigaron la presencia de DE tras prostatectomía radical y agregaron que la DE es un proble-

ma moderado-severo para los pacientes que han sido intervenidos de prostatectomía radical (13). Las causas principales de la DE suelen ser de tipo neurológico y vascular. Para disminuir la incidencia de DE tras prostatectomía radical, es fundamental realizar una buena técnica de conservación de bandeletas y prevenir la aparición de apoptosis y fibrosis del tejido cavernoso secundaria a la neuroapraxia y a la isquemia mantenida. En el tratamiento de la DE secundaria a prostatectomía radical, los inhibidores de la fosfodiesterasa ofrecen unos resultados insatisfactorios; sin embargo, la inyección intracavernosa iniciada de forma precoz es una opción mejor para la recuperación de las erecciones espontáneas. Por último, la prótesis de pene ofrece resultados excelentes, pero al ser un tratamiento quirúrgico, debe considerarse como la última opción de tratamiento.

### Referencias bibliográficas

1. Nordling J, *et al.* En Chatelain C *et al.*, editores. Benign Prostatic Hyperplasia. Plymouth, UK: Health Publication; 2001. pp. 107-66.
2. Homma Y, *et al.* *Scand J Urol Nephrol suppl* 1994; 157:27-30.
3. Girman CJ, Panser LA, Chute CC, *et al.* Natural history of prostatism: Urinary flow rates in a community-based study. *J Urol* 1993; 150:887-92.
4. Grupo Español de Urología y Urodinámica. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp* 2005; 29:16-30.
5. Rosen R, *et al.* *Eur Urol* 2003; 44:637-49.
6. Carson C. Clinical correlation between erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms. May 20, 2005, San Antonio Tx.
7. Abrams P. *Eur Urol Suppl* 2005; 3(6):1-7.
8. Martín Morales A, Meyer G. Prevalencia de disfunción eyaculatoria en pacientes con hiperplasia benigna de próstata, tratados con  $\alpha$ -bloqueadores.

Comunicaciones del XIII Congreso Nacional de Andrología; 2007 May 10-12; Málaga, España. *Rev Int Androl* 2007; 5(2):111-34.

9. Guirao Sánchez L. ¿Por qué no consultan sus problemas sexuales los pacientes con LUTS? Comunicaciones del XIII Congreso Nacional de Andrología; 2007 May 10-12; Málaga, España. *Rev Int Androl* 2007; 5(2):111-34.
10. Ruiz Romero J. La disfunción eréctil como marcador del estado de salud y de la calidad de vida: una posibilidad para diseñar una intervención educativa sobre salud sexual masculina. *Rev Int Androl* 2004; 2(2):43-5.
11. Nieto Regueira Y, Martín Jiménez M. El cáncer de próstata. *Sandorama* 1996; 1:35.
12. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirpatrick J, Misra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urol* 1997; 49:822.
13. Rodríguez Vela L, Espilez Ortiz R, Marco Valdenebro A. Comunicaciones del XIII Congreso Nacional de Andrología; 2007 May 10-12; Málaga, España. *Rev Int Androl* 2007; 5(2):111-34.

## ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. IMPACTO EN LA SEXUALIDAD Y LA VIDA EN PAREJA

Dra.C. Beatriz Torres Rodríguez, Dr.C. Carlos Gutiérrez Gutiérrez

### Introducción

Consideramos que resulta muy importante iniciar este artículo a partir de la declaración de derechos sexuales de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS), que plantea:

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental, emocional y social, relacionado con la sexualidad y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia [1].

Esta postura sobre la salud sexual expresa que la sexualidad es un derecho de todas y todos con independencia del estado de salud o incapacidad que viva el sujeto; por tanto, cada vez se requiere una mirada más profunda a todas las inquietudes y necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas, un camino de la investigación no siempre bien tratado.

No solamente se afectan los pacientes por las limitaciones objetivas que produce la enfermedad al estar acompañada de síntomas, períodos de hospitalización y tiempo en diálisis, ya que se suman el deterioro de la imagen corporal en muchos de los casos y el hecho de centrarse en la supervivencia por parte de los pacientes, sus parejas y hasta el equipo de salud, por lo que se deja poco o ningún espacio para el placer.

Resulta oportuno resaltar que en la declaración de Punta Cana se describen dieciséis derechos sexuales, de los cuales quisiéramos hacer énfasis en el número siete: «El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual». Este planteamiento muestra la necesidad de organizar servicios para las atenciones de la salud sexual que tengan con calidad y sean disponibles, accesibles y aceptables.

### **La pareja del paciente con una enfermedad renal crónica (ERC)**

Las problemáticas de pareja y la sexualidad de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) han constituido un problema común, al que paradójicamente se le ha prestado poca atención. Los objetivos del tratamiento indicado a estos enfermos a lo largo de la historia: en una primera etapa lo más importante era que sobrevivieran; a continuación se ambicionaba lograr el control de los principales síntomas; en años posteriores se comenzó a luchar por el logro de algunos aspectos de calidad de vida; y actualmente se aspira a una vida plena y feliz a pesar de la ECNT. La sexualidad constituye un aspecto insoslayable de este logro.

La epidemiología actual de estas enfermedades se caracteriza por un aumento de la prevalencia de la diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial (HTA) y la cantidad de adultos mayores, con el consiguiente incremento de las enfermedades que se derivan o se asocian: las enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares y renales crónicas.

Los tratamientos utilizados para controlarlas son cada vez más poderosos, lo que puede influir negativa o positivamente en la respuesta sexual. La prevención, el diagnóstico precoz, la mayor calidad de los tratamientos y el aumento de la calidad de vida deben constituir los aspectos claves de la medicina actual.

Los factores de riesgo vascular, determinantes para la aparición de las complicaciones cardíacas, cerebrales y renales, también lo son para las disfunciones sexuales (DS), por lo que, al identificarlos, se convierten en síntomas centinelas y permiten alcanzar una motivación y cooperación mayor de los enfermos con el objetivo de lograr su control.

En diversos estudios y en la propia práctica clínica se constata la alta incidencia de DS y de problemas en la vida en pareja de los pacientes con ECNT; en este caso, es necesario seguir mostrando los resultados de los pacientes con enfermedad renal, de quienes es evidente que existe un subregistro en la identificación de estas problemáticas, relacionadas entre otras causas por prejuicios de los pacientes y sus parejas para tratar estos temas, y por la falta de capacitación del personal de salud.

Todo lo anterior se hace más evidente al explorar las diferentes escalas de calidad de vida existentes para los pacientes con ERC. Se evidencia que es un tema que prácticamente no se aborda, porque no se recoge la sexualidad como un aspecto importante que es necesario tener en cuenta, a pesar de la alta frecuencia de DS, malestares y problemáticas de pareja que presentan estos pacientes.

Otros elementos a tener presente son los procesos de duelo que viven estos pacientes y sus parejas tanto por los cambios producidos en la imagen corporal como por las pérdidas sexuales y sociales, entre las más importantes.

También hay que tener en cuenta cómo acceden los pacientes a pedir ayuda para sus malestares y DS, pues en la mayoría de los casos no conocen que existen estos servicios o tienen inhibiciones para hablar sobre el tema, y por lo general ningún especialista les pregunta sobre esta área de la vida. De ahí la necesidad de seguir desarrollando estudios que profundicen no solo en los malestares y trastornos más frecuentes de estos enfermos, sino también garantizar servicios accesibles y amigables para solucionar estas inquietudes y problemáticas.

## Principales resultados de algunas investigaciones

Al comenzar el análisis de cómo desarrollar este artículo, para que encerrara muchas de las preocupaciones y expectativas que tienen los pacientes con ERC acerca de la sexualidad, sus parejas y hasta el propio equipo de salud, no siempre consciente de estos temas, nos pareció oportuno comentar algunas de las investigaciones desarrolladas que muestran cómo se comportan estos temas en los pacientes estudiados. Los autores de este artículo han realizado varios estudios buscando tanto malestares en la vida en pareja como la determinación de la frecuencia y el tipo de DS.

Con el fin de determinar la frecuencia de DS en un grupo de pacientes con ERC (enfermos predialíticos, dialíticos y trasplantados renales), se realizó una investigación durante 2007 en 100 pacientes, tratados en cuatro servicios de nefrología de Cuba, de las provincias de Ciudad Habana, Pinar del Río, Villa Clara y Santiago de Cuba. Se empleó una metodología cuanti-cualitativa mediante la utilización de encuestas y grupos focales.

Además, para identificar factores de riesgo y evaluar los resultados del tratamiento integral, se analizaron los expedientes clínicos de 25 pacientes atendidos durante los años 2008 y 2009 en la consulta multidisciplinaria de ECNT y sexualidad, que existe en el hospital CIMEQ en Ciudad Habana. Los pacientes padecían HTA, DM y ERC (igualmente en etapas predialítica, dialítica y de trasplantes renales). Todos los pacientes recibieron una evaluación integral, psicológica y clínica. Según correspondiera, fueron valorados por las diferentes especialidades (nefrología y cardiología, por ejemplo). Se consideró que la respuesta al tratamiento de la DS era favorable cuando en las consultas evolutivas los pacientes refirieron la desaparición o la mejoría de esta.

Los resultados principales de estas investigaciones mostraron que la mayoría de los pacientes con ERC encuestados en las cuatro provincias compartían varios factores de riesgo comunes, destacándose HTA, DM,

obesidad, hábito de fumar y trastornos lipídicos. Otra característica común fue la poca cooperación de los pacientes para superar estos factores. Se evidenció que existía falta de comunicación y de información sexual entre la pareja y el equipo de salud.

La frecuencia de DS se encontró en 85 % de los pacientes; pudiera existir un predominio de la disfunción eréctil, pero esta precisión se escapaba de los resultados del tipo de investigación empleada. El apoyo y manejo de la pareja se consideró insuficiente en la mayoría de los casos. La accesibilidad de las parejas a la atención sexológica especializada también resultó insuficiente.

Los factores de riesgo señalados concuerdan con los reportados en la literatura en este tipo de enfermos y son factores comunes de agravamiento y de progresión de muchas entidades. Suponemos que como coinciden también con los factores identificados en los pacientes con DS, resultaría muy útil la utilización de esta como síntoma centinela para diagnosticar los factores y controlarlos precozmente y como motivación para el paciente, quien quizás los subestima en relación con enfermedades orgánicas, pero podría mostrar un mayor interés en su control y prevención cuando conozca que también afecta la actividad sexual, influyendo positivamente en la morbi-mortalidad. Sugerimos a los equipos de salud la realización de investigaciones más amplias al respecto por la importancia que podrían tener estos resultados y realizamos una propuesta de intervención, consistente en un Programa Clínico-Educativo, la utilización de recursos psicoterapéuticos y otros (fármacos orales y prótesis), así como emplear siempre un enfoque integral y personalizado.

La consulta multidisciplinaria de atención al paciente con una ECNT y una DS está encabezada por una psicóloga especialista en sexología y un clínico con similar enfoque; a la misma se integran las diferentes especialidades que resulten necesarias y que emerjan de la valoración clínica inicial y de un mínimo indispensable de estudios complementarios. Cuando se caracterizan al paciente y a su pareja, se les orientan varias

medidas preventivas y curativas que influirán positivamente en la ECNT y en la DS. Se realiza una evaluación periódica del paciente, para lo que se emplea un modelo de seguimiento.

En un primer corte se valoraron los resultados de 25 pacientes, todos del sexo masculino, 17 de ellos en edades comprendidas entre 15 y 59 años, siete entre 60 y 69 años, y uno con una edad superior a 69 años.

La mayoría de los pacientes se encontraba en la etapa de mayor actividad sexual de la vida, pero también afectados por diferentes ECNT, lo que hace imprescindible un trabajo de salud muy efectivo, porque son las etapas más productivas y en las que la morbi-mortalidad influirá decisivamente en las esferas biológico-psicológicas y sociales, sin olvidar la repercusión económica. Resulta estimulante el hecho de que un porcentaje no despreciable de estos enfermos era mayor de 60 años, incluso uno con más de 69 años, lo que reafirma lo publicado por otros autores de que la actividad sexual no es exclusiva de los más jóvenes. Como se evidenció en la primera investigación de este trabajo, hay falta de información y comunicación entre los equipos de salud y los pacientes en relación con la sexualidad, por lo que cabe inferir que, si no se interroga sobre estos aspectos: por una parte, pasarán inadvertidos; por otra, podrán cometerse iatrogenias médicas por desconocimiento al emplear drogas que afectan la actividad sexual y que pueden sustituirse por otras. Además, si no se siguen estos consejos, nunca se logrará una verdadera calidad de vida.

Resulta llamativo que en diferentes encuestas que evalúan la calidad de vida en adultos mayores, prácticamente no se incluye la actividad sexual, y que en prestigiosos trabajos sobre HTA se emplean solo frases muy breves como advertencia sobre una determinada droga, como «se advierte a varones adultos con actividad sexual», como si fuera privativo de estos.

El sobrepeso-obesidad, a lo que nos referiremos más adelante, la HTA, el hábito de fumar, la DM y las dislipidemias fueron los factores de riesgo más encontrados, los que coinciden con los reportados para la mayor parte de

las ECNT y las DS. El hecho de identificarlos como factores que influyen negativamente en la sexualidad y de que sean conocidos por el paciente, puede constituir un incentivo para lograr una mayor cooperación y disciplina de los enfermos en su prevención y control, lo que debe redundar en una mejoría de la morbi-mortalidad por ECNT y en una elevación de su calidad de vida, al disfrutar de una sexualidad más placentera.

El sobrepeso-obesidad, verdadera epidemia moderna, que en el enfermo desencadena o se interrelaciona negativamente con la HTA, la DM, el síndrome metabólico, las dislipidemias, la hiperuricemia y, por supuesto, las DS, se presentó en 92 % de los pacientes. Como se ha señalado, la corrección de los hábitos alimentarios por el nutriólogo y de los estilos de vida incorrectos, así como la práctica de ejercicios físicos científicamente planificados por el médico deportivo o el fisiatra, constituyeron las principales medidas que se orientaron en la consulta.

Los pacientes recibieron un tratamiento integral de acuerdo con la valoración multidisciplinaria. Estuvo conformado por el diagnóstico y control de los diferentes factores de riesgo y ECNT detectada, la educación sanitaria y la evaluación psicológica de la pareja, por lo que se instauró un programa clínico-educativo que utilizó recursos psicoterapéuticos con un enfoque integral y personalizado y el uso, según procediera, de fármacos orales (sildenafil) y prótesis penéneas. Los resultados de esta intervención muestran que, de los 25 pacientes atendidos, evaluados y tratados completamente en la consulta, 24 mejoraron su DS en diferentes grados; solo uno no tuvo una respuesta favorable al tratamiento: diabético, trasplantado renal, con una disfunción crónica del injerto y un daño micro y macrovascular severo, expresado en ceguera bilateral y en la amputación de una pierna.

Cada factor de riesgo conocido o diagnosticado como nuevo recibió una conducta educativa y terapéutica según correspondiera. Como su evolución lleva un mayor tiempo de seguimiento, que se realizará en la consulta integral, sus resultados se compilarán en estudios futuros.

## Conclusiones de estas investigaciones

- La mayoría de los enfermos renales crónicos compartía varios factores de riesgo, destacándose la HTA, la DM, la obesidad, el hábito de fumar y los trastornos lipídicos.
- Existía poca cooperación de los pacientes para superar los factores de riesgo. Se evidenció que había falta de comunicación y de información sexual entre la pareja y el equipo de salud.
- Hubo una frecuencia elevada de DS.
- El apoyo y manejo de la pareja se consideró insuficiente en la mayoría de los casos. La accesibilidad de las parejas a la atención sexológica especializada resultó insuficiente.
- La DS constituyó un síntoma centinela para diagnosticar los factores de riesgo y como motivación para el paciente.
- La mayoría de los pacientes atendidos en la consulta se encontraban en la etapa de mayor actividad sexual de la vida, pero también afectados por diferentes ECNT; si no se interroga sobre estos aspectos, pasarán inadvertidos y podrían cometerse iatrogenias.
- El sobrepeso-obesidad, la HTA, el hábito de fumar, la DM y las dislipidemias fueron los factores de riesgo que se encontraron más frecuentemente.
- La mayoría de los pacientes refirió mejoría de la DS después del tratamiento. El comportamiento de los factores de riesgo se evaluará en estudios futuros.
- Se sugiere que los equipos de salud realicen investigaciones más amplias y una intervención a partir de una consulta multidisciplinaria, consistente en un Programa Clínico-Educativo, la utilización de recursos psicoterapéuticos y otros, como fármacos orales y prótesis, con un enfoque integral y personalizado. Se recomienda un modelo para utilizarse en la consulta multidisciplinaria.

Uno de los autores fue tutor de una investigación titulada «Variables psicosexuales que se relacionan con la existencia de pareja y sus

problemáticas en un grupo de pacientes que recibían hemodiálisis» para que el estudiante obtuviera el título de licenciado en Psicología. Lo planteado en su título es un problema frecuente y a la vez poco abordado, que generalmente no se incluye dentro del concepto de calidad de vida por la mayoría de los equipos de salud y, sin embargo, afecta la misma.

La metodología utilizada fue un estudio de casos múltiples, con una muestra de 14 pacientes de un servicio de hemodiálisis, dividida en tres grupos: pacientes que no tienen pareja, pacientes que tienen pareja y presentan problemas en la relación, y pacientes que tienen pareja y no presentan problemas en la relación. Se aplicaron entrevistas psicológicas y psicosexuales a profundidad, un inventario de autoestima, la escala autovalorativa de Dembo-Rubinstein y una encuesta aplicada al personal médico y paramédico de esta sala de hemodiálisis para valorar el conocimiento que tenían de estas problemáticas en la vida de los pacientes. Fue una investigación de corte cuali-cuantitativa.

Los resultados obtenidos muestran que, desde el punto de vista socio-demográfico, más de la mitad de los pacientes no tenía pareja y presentaba un buen nivel escolar, con un predominio de la ausencia de vínculo laboral —lo que para nosotros incide en la posibilidad y el mantenimiento de poseer pareja, ya que, en el caso del hombre en especial, rompe con los clásicos roles de proveedores, lo que les da seguridad y autonomía—, y con una disminución en la existencia de relaciones de pareja desde el inicio de la enfermedad hasta la actualidad; en el caso de los jóvenes, prácticamente ven invalidada esta posibilidad y algunos no han tenido nunca pareja, en lo que influyen muchos aspectos.

Entre las variables psicosexuales estudiadas, resultaron más relevantes el predominio de insatisfacciones sexuales, cambios en la imagen corporal y la presencia de alteraciones en la respuesta sexual.

En cuanto al conocimiento que posee el personal profesional, se pudo concluir que las enfermeras/os tienen un mayor dominio de la presencia en estos pacientes de parejas y sus problemáticas, en relación con los médicos,

aunque en ambos grupos se evidencia que no se tienen en cuenta las variables psicosexuales en el abordaje integral del paciente y su calidad de vida.

Todo ello muestra la importancia de valorar la sexualidad y la vida en pareja de estos pacientes y en los que poseen enfermedades crónicas en general, como un elemento esencial que influye en su calidad de vida y en el cual los especialistas deben aunar esfuerzos para promover ayuda y autocuidado en los mismos.

### **Pareja del paciente trasplantado**

Ahora, ¿qué ocurre con el paciente trasplantado con independencia del tiempo que estuvo sometido a diálisis? En primer lugar, la sexualidad de la mayoría se ve afectada, como se observó anteriormente, no solo por el impacto que provoca la enfermedad, sino también por todo el tiempo de espera, durante el cual se privilegia la enfermedad, la sobrevivencia y la espera por el posible trasplante. Se percibió que en la mayoría de los casos se descuida el vínculo erótico de la pareja, por lo que resulta muy difícil volver a estructurarlo.

En primer lugar, no hay que esperar dar asesoramiento, consejería ni incluso acompañamiento sobre estos temas a los pacientes y sus parejas para después de la realización del trasplante, sino en todo el proceso de la enfermedad, pues muchas veces, después de lograr el órgano, muchas parejas se disuelven no solo por la pareja del enfermo, que en ocasiones ha perdido el contacto y atractivo por su pareja durante la enfermedad, sino por el propio enfermo que, en el duelo por la dolencia, busca una nueva persona como un mecanismo renovador. Incluso algunos han planteado que quieren borrar la etapa que vivieron, como si al cambiar de pareja buscaran esta expectativa por un mecanismo de evitación; otros se aferran a una relación que no funciona, pero temen iniciar una nueva vida; y por supuesto algunos mantienen sus parejas con calidad y transitan estos duelos sin afectación marcada. Lo que percibimos se relaciona con la calidad del vínculo antes de la enfermedad, durante

la misma y con el proceso de trasplante, pues nunca se debe olvidar el vínculo afectivo y el desarrollo de nuevas estrategias para mantener la pasión. Sin embargo, desafortunadamente son los menos.

Es necesario desarrollar en estas parejas estrategias no solo para afrontar los malestares contemporáneos, sino los que se vivencian desde la propia enfermedad, todo su proceso, la espera del trasplante y el miedo a su pérdida con posterioridad; deben lograr incorporar que vivir en pareja y disfrutar esta área de la vida no implica desviarse del objetivo de lograr y mantener el órgano, sino todo lo contrario: el vínculo placentero hace más llano el camino de la espera y de la propia enfermedad.

Todo ello muestra la necesidad de investigar sobre la sexualidad del paciente trasplantado, de la cual se han realizado algunas investigaciones, pero más bien con un corte descriptivo de lo que ocurre. La necesidad más prioritaria es desarrollar estrategias para su logro y mantenimiento, con una calidad de pareja y vínculo erótico satisfactorio, y lograr la sensibilidad de los profesionales de la salud, para que tengan en cuenta estos aspectos como esenciales en la percepción por parte de los pacientes y sus parejas de una buena calidad de vida y de ellos mismos en sus valoraciones, promoviendo que se profundice en los mismos.

En una investigación realizada sobre la «Evaluación de factores psicológicos asociados a la nefropatía crónica del injerto» por investigadores de la Universidad de Caracas en Venezuela en 2010, se encontró que la nefropatía crónica del injerto constituye el riesgo principal en pacientes trasplantados renales, por lo que el énfasis del tratamiento apunta a la supresión del sistema inmune para disminuir el rechazo del órgano extraño. Evaluar los factores psicológicos durante este proceso, resulta fundamental desde la psiconeuroinmunología y la psiconefrología. Este estudio descriptivo-discriminante y transversal evalúa algunos de estos factores asociados y el posible efecto discriminante de la depresión, la rumiación y la percepción de los efectos del trasplante en 74 pacientes del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario de Caracas. Esta investigación apunta a las variables psicológicas; sin embargo, están ausentes las variables psicosexuales, que



pudiéramos denominar «las grandes ausentes» en la mayor parte de los estudios de los pacientes con enfermedades crónicas y trasplantados, por lo que es imprescindible profundizar en los cambios que se producen en la autoestima y la imagen corporal, incluso en las propias afectaciones vasculares, ya que no solo estimulamos la conservación de la calidad de la relación de pareja, sino también su sexualidad, que va más allá de la genitalidad y el coito: no podemos negar que es una fuente más de placer y bienestar, de ahí la necesidad de profundizar en las causas ya sea predominantemente psicógenas u orgánicas que pueden afectar una sexualidad placentera.

En resumen, se destaca que las ECNT están en aumento, que los factores de riesgo para la mayor parte de estas coinciden con los de las DS, y que existe un subregistro. Ante el diagnóstico por una enfermedad crónica se produce un duelo, que se expresa en las representaciones acerca del cuerpo, la sexualidad y el validismo. El interés de los pacientes en el cambio pudiera aumentar si conocen los riesgos de las DS y mejorar los estilos de afrontamiento. Resulta necesario tener en cuenta estos aspectos del duelo para poder orientar y valorar al paciente y su pareja en toda su integralidad.

Han de incluirse el análisis de las parejas y sus problemáticas al abordar al paciente con ERC. Se debe capacitar a profesionales que por su perfil necesitan tener una visión integradora y holística con el fin de tratar a estos pacientes y orientarlos, junto a sus parejas, acerca de la existencia de las consultas de sexología.

## Referencias bibliográficas

1. Declaración de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS): Sobre derechos sexuales. Congreso Latinoamericano de Sexología; 2014 Oct; Punta Cana; República Dominicana.

## Bibliografía consultada

- Canter Gómez R, Uribe Arnaiz B. Suceso vital y factores psicosociales en pacientes con insuficiencia renal. *Psicología y Salud* 2011 Ene-Jun; 21(1): 91-102.
- Castillero Y, Torres B, Pérez M. La sexualidad en el paciente cardiovascular. Estudio piloto. En Memorias 16 Congreso Internacional de Sexología [CD]; 2003 Mar.
- Contreras F, Esguerra G. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Bogotá: Universidad de Santo Tomás; 2011.
- Gutiérrez C, Torres B. Insuficiencia renal crónica y sexualidad. *Revista Internacional de Andrología* 2006.
- Larrazabal M. Conflictos de pareja: prevención y abordaje. Conferencia dictada en el VI Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual; 2012 Ene; Palacio de Convenciones, La Habana, Cuba.
- Torres B. Aproximación a un instrumento psicológico para la valoración de los trastornos eyaculatorios. *Terapia Internacional Sexual. Clínica-Pesquisa e Aspectos Psicossociais* 2002; 5(2).
- . Ética en las relaciones de pareja desde una perspectiva cubana. En Memorias 16 Congreso Internacional de Sexología [CD]; 2003 Mar.
- . Hablemos sobre sexualidad. Inquietudes más frecuentes sobre el amor, la pareja y la sexualidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2006.
- . La pareja de hoy y su sexualidad. La Habana: Editorial José Martí-Ediciones Liber; 2007.
- . Sexualidad, imagen corporal y cáncer. Primeros resultados. *Revista Investigaciones Médico Quirúrgicas* 2006; 1(8).
- . Sildenafil versus psicoterapia. *Terapia Sexual Clínica* 2003; 6(3).
- . Una alternativa en el tratamiento de las disfunciones sexuales. *Sexología y Sociedad* 2001 Abr; 7(17):17-21.
- Torres B, Gutiérrez C. Enfermedad crónica, calidad de vida y sexualidad. *Revista de Investigaciones Médico Quirúrgicas* 2010; 1(1).

- . Enfermedad renal crónica y sexualidad. Memorias del NEFROCIMEO [CD]; 2006.
- . Propuesta de intervención para el manejo de la sexualidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Internacional de Andrología* 2006.
- Torres B, Izquierdo M. Cáncer de mama y sexualidad. *Revista Investigaciones Médico Quirúrgicas* 2006; 1(8).
- Torres B, Izquierdo M, Rodríguez Pérez D; Batista Riverí J. Epidemiología de las disfunciones sexuales. Primeros resultados de un estudio piloto. *Revista Investigaciones Médico Quirúrgicas* 2004; 1(6).
- Urbay C. Variables psicosexuales que se relacionan con la existencia de pareja y sus problemáticas en un grupo de pacientes hemodializados. Tesis en opción del título de licenciado en Psicología. 2012 Jun.

## LA SEXUALIDAD COMO PARTE, EXPRESIÓN E INDICADOR DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Lic. Loraine Ledón Llanes

### Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC), independientemente del diagnóstico clínico, se define como la presencia durante al menos tres meses de un filtrado glomerular estimado inferior a 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, o lesión renal (1). Se trata de un complejo funcional que en la práctica se expresa en la disminución crónica de la tasa de aclaramiento de creatinina con la consiguiente elevación de la misma a nivel plasmático. La etiología es multicausal; entre sus principales causas se encuentran las de origen idiopático, glomerulonefritis, pielonefritis, nefropatías inducidas por fármacos, enfermedades quísticas, nefropatías hereditarias, nefropatías de origen vascular, diabetes y otras enfermedades sistémicas (2).

La ERC constituye un importante problema de salud pública. Su prevalencia es elevada: alrededor de 10 % de la población adulta presenta algún grado de ERC; se incrementa proporcionalmente con el envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de factores de riesgo, como la enfermedad cardiovascular, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o la obesidad, los hábitos tóxicos como el tabaquismo y por su diagnóstico precoz. La ERC se asocia a importante morbilidad y mortalidad cardiovascular; de hecho se considera un «equivalente coronario», por lo cual los objetivos de salud son similares a los del paciente con cardiopatía isquémica (1, 3).

El tratamiento de la ERC implica diferentes terapias según su severidad (hemodiálisis o diálisis peritoneal, trasplante renal, tratamiento paliativo)

(1, 4); cada una trae consigo malestares físicos y representaciones socioculturales no siempre favorables, si bien mejoran el control, la evolución y el pronóstico de la enfermedad. La ERC se asocia a costos muy significativos. En España, por ejemplo, el costo anual asociado al tratamiento de las fases más avanzadas de la ERC se estima en más de ochocientos millones de euros anuales, mientras que la terapia sustitutiva renal consume 2.5 % del presupuesto del Sistema Nacional de Salud y más de 4 % de la atención (1).

La ERC afecta de forma integral a la persona: su salud física y psíquica, su calidad de vida, su sentido de bienestar, su integración social y su sexualidad. Sin embargo, generalmente la atención, el tratamiento, el seguimiento y la evolución de los pacientes con ERC se enfocan en los signos y síntomas físicos, y en los parámetros de laboratorio, obviando su impacto psicosocial (5) no solo sobre el individuo, sino también sobre personas y áreas significativas como la familia, la pareja, el trabajo y la comunidad.

Existe además un desconocimiento bastante generalizado, incluso a nivel científico y académico, respecto a las experiencias sexuales de personas con ERC (6). En general se refiere la presencia de trastornos sexuales en cualquiera de las fases de la respuesta sexual o en todas (5, 7). Es un tema poco estudiado, poco vinculado con la categoría *calidad de vida* y muy sujeto a mitos y silenciamiento tanto por la población afectada como por el personal sanitario.

Si se considera la sexualidad como un área vital para los seres humanos, presente a lo largo de toda su existencia, muy relacionada con los procesos de salud, favorecedora de la calidad de vida y muy afectada en personas con ERC, es necesario poner la atención en ella como área sensible y recurso y fortaleza para promover salud (8), aún más si se tiene en cuenta que las causas y factores de riesgo de ERC y las disfunciones sexuales son coincidentes, lo que hace que su prevención sea favorable a ambas (6). Esta perspectiva se inserta

dentro de la relevancia otorgada al desarrollo de enfoques integrales, multidisciplinarios y biopsicosociales en la comprensión, atención y terapéutica de personas con ERC.

Con el presente artículo se pretende brindar una panorámica acerca de los aspectos relacionados con la calidad de vida y la sexualidad de personas con ERC, arribar a conclusiones acerca de los elementos encontrados a partir de la revisión de literatura científica actualizada y proponer recomendaciones congruentes con los hallazgos más relevantes y la perspectiva de atención de salud acá defendida. Existe poca sistematización respecto a los temas de sexualidad y calidad de vida en personas con ERC, y muchos de los estudios que sirven de fundamento a las afirmaciones realizadas son aislados. Lo que definitivamente queda claro es que ambas categorías muestran serias afectaciones en esta población.

## Desarrollo

El desarrollo del presente artículo se organiza en los siguientes tres subapartados:

- I. Algunos aspectos psicosociales y de salud relacionados con la experiencia de la ERC.
- II. Definición de las aristas fundamentales de la calidad de vida en personas con ERC.
- III. La sexualidad como expresión de la calidad de vida de personas con ERC.

Cada uno de los subapartados incluye a su vez aspectos más específicos y relevantes para su comprensión. Esta estructura obedece a un intento de mostrar aquellos aspectos fundamentales que tributan a dos categorías tan amplias, complejas e interrelacionadas como la calidad de vida y la sexualidad.

## I. Algunos aspectos psicosociales y de salud relacionados con la experiencia de la ERC

### 1.1 Experiencias de salud y de vida desde la perspectiva de la persona con ERC

Vivir con ERC implica convivir con múltiples malestares físicos, psíquicos y también en el orden social. Su diagnóstico implica un cambio drástico en los procesos de vida de la persona; a veces la ERC es una enfermedad que se asocia a otras (también crónicas) preexistentes (como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial). Su presencia se vincula con múltiples limitaciones y discapacidades respecto a los estilos de vida tradicionales, los roles sociales (en la pareja, la familia, el trabajo, la comunidad), los autocuidados de salud y la relación (a veces sujeción) con instituciones y personal de salud.

El inicio de una patología renal se ha relacionado con la renuncia a proyectos de estudio y de desarrollo personal, con el abandono del vínculo laboral —a veces por decisión propia, a veces por incompreensión y rigidez de las instituciones laborales—, e incluso con la precipitación de la jubilación aun sin tener la edad establecida para ello (9). Esta realidad exige poner la mirada no solo en los procesos de atención de salud, sino también en los espacios sociales de expresión y de vida de estas personas.

Los cambios en los estilos de vida suelen resultar fuente de malestar y conflicto para estos pacientes. En ocasiones coexisten conductas y hábitos «transgresores» del tratamiento y las recomendaciones indicadas (como patrones de comportamiento inadecuados, hábitos alimentarios no saludables, obesidad, tabaquismo, estrés), con sentimientos de culpabilidad debido a las dificultades para lograr estos cambios (9).

Puede prevalecer un sentimiento profundo de vulnerabilidad asociado a la pérdida de autonomía desde diferentes aristas: económica, por

la limitación de actividades que permiten la autosuficiencia e independencia (trabajo, estudios, desarrollo profesional); corporal, por la necesidad de sostener procesos de atención de salud y terapéuticos asociados a instituciones, profesionales y procedimientos, en los que el cuerpo deja de ser autónomo para su funcionamiento y homeostasis. Ello favorece las dependencias psicológicas respecto a personas significativas, que brindan apoyo y que resultan vitales en el sostenimiento del paciente (pareja, familiares, proveedores de salud); y también desde el punto de vista social se pueden expresar cambios en relación con las dependencias y dinámica psicológica, el sentido de ser diferente, el propio tiempo dedicado a los cuidados de salud y los malestares de salud, lo cual puede favorecer la limitación de los vínculos sociales a círculos cada vez más estrechos. La problemática de la dependencia ya se ha expuesto por otros autores (10), al igual que el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) sobre las diferentes áreas de vida, aspectos psicosociales y sobre la sexualidad (11-13).

A ello habría que añadir como elemento muy significativo, el impacto físico generado por la enfermedad. Muchos pacientes refieren cambios físicos indeseados (10), secuelas y complicaciones relacionadas con la cirugía o el tratamiento, así como con la comorbilidad asociada, lo cual genera insatisfacción con la imagen corporal. Son usuales los malestares respecto al aumento del peso corporal, el acné, el crecimiento o pérdida de vello, las cicatrices quirúrgicas, el olor corporal, el acceso vascular visible y el tamaño del abdomen, entre otros. Pero las referencias no se relacionan solamente con el aspecto estético del cuerpo, sino también con su funcionamiento. Algunos pacientes manifiestan una incapacidad funcional, que identifica su cuerpo con vivencias negativas como dolor y dificultades motoras (9, 14).

Todo ello conduce a la vivencia de múltiples duelos relativos a temas existenciales, la vida, la muerte, los propósitos y proyectos logrados o no, la reestructuración de valores y espacios, las esperanzas y desesperanzas respecto a la propia salud.

Hasta la década de los sesenta, la ERC avanzada conducía inexorablemente a la muerte del paciente. Con el desarrollo y el uso clínico de técnicas de sustitución de la función renal, se logró conservar la vida de estos pacientes. Conseguir estos resultados fue fruto de un largo camino de evaluación y ajustes, así como de los avances tecnológicos (5). Sin embargo, desde el punto de vista representacional, aún los temas relativos a la muerte, el deterioro del cuerpo y el sufrimiento continúan gravitando en el imaginario social relativo a la ERC. Y las pérdidas y cambios sufridos en relación con el trabajo, la libertad, la esperanza de vida y las disfunciones sexuales asociadas (10), entre otros, pueden tener un efecto reforzador sobre estas representaciones.

### *1.2 Respuesta psicológica*

La respuesta psicológica de cada paciente a la enfermedad es variable. La misma depende de un grupo de aspectos biopsicosociales, entre los que se mencionan la personalidad, el grado de apoyo familiar y social, el curso de la enfermedad (10), la presencia de trastornos psicológicos en los familiares, el tiempo de hospitalización, las expectativas respecto al tratamiento y la enfermedad, las estrategias de afrontamiento, la duración de la enfermedad, la edad de comienzo de la misma, la edad, el género, el modelo cultural y educativo, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el locus de control respecto a la salud, las habilidades sociales, las enfermedades crónicas asociadas, los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, el estado emocional, la imagen corporal, los proyectos de vida y la autovaloración, entre otros (9).

No obstante la amplia variedad de respuestas psicológicas ante la enfermedad en sus diferentes etapas, y la multiplicidad de variables que influyen en la misma, se refieren la depresión, la ansiedad y la irritabilidad como las respuestas psicológicas más frecuentes. Las mismas se expresan en síntomas como trastornos del sueño, falta de apetito y una disminución del interés y las capacidades sexuales, entre otras

manifestaciones (10); es muy posible que se vinculen con los significados de la enfermedad en términos de amenaza y pérdida, y pueden poner en riesgo aspectos tan importantes como la adhesión al tratamiento y la propia evolución de la enfermedad.

Otro aspecto importante relacionado con la respuesta psicológica ante la enfermedad se relaciona con las etapas por las que transita el paciente (y también a veces sus familiares) ante momentos del proceso de salud, como pueden ser el diagnóstico, la evolución y los tratamientos. Ante el diagnóstico de la ERC, la persona puede vivenciar diferentes etapas que pueden tener una consecución progresiva, aunque se pueden dar saltos entre estas, e incluso coexistir: la negación, la irritación o ira, la depresión y la aceptación (6). García Rodríguez refiere que los resultados de la sistematización de los casos atendidos en consulta han revelado que el diagnóstico de la ERC genera vivencias relativas a una situación de pérdida: se percibe como un obstáculo en el logro de metas y proyectos que aún están por alcanzar, y puede asociarse a sentimientos de culpabilidad al identificar como desencadenantes de la enfermedad conductas irresponsables de salud (9).

No solo el diagnóstico genera impactos, sino también la evolución de la enfermedad y el criterio y sugerencia de tratamientos médicos. En las etapas por las que transita el paciente con ERC, algunas veces en hemodiálisis, muchas veces predominan el dolor y el sufrimiento (9). En el paciente renal, la motivación durante un tiempo prolongado se centra en la posibilidad del trasplante, lo que puede llegar incluso a deformar su sistema de actitudes y valores hacia su vida personal y sus valores sociales. Sin embargo, no necesariamente la llegada del trasplante mejora la calidad de vida de la persona. Se refiere que esta es una etapa que genera mayor deterioro en el aspecto emocional, porque la persona se ve obligada a transitar por un proceso de adaptación vertiginoso, por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad). Recaídas, visitas médicas y análisis frecuentes pueden convertirse en una gran fuente de temor ante la posibilidad de agravamiento del estado de salud. Incluso pueden

producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma y afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos, entre otros aspectos (9).

Tras el proceder quirúrgico, los pacientes trasplantados renales acumulan no solo todas aquellas reacciones asociadas a un proceso dificultoso y tenso para la persona y su familia, sino todo el sufrimiento y la espera, unido a esperanzas y desesperanzas del proceso de una enfermedad y tratamiento muy dolorosos e invasivos, ya sea desde el punto de vista psicológico y físico como social. El periodo postrasplante puede traer consigo determinadas reacciones emocionales como ansiedad, depresión, angustia, incertidumbre, irritabilidad y miedos, entre otros. El postrasplante es una fase de conflictos ambivalentes que oscilan entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia; incluso puede prevalecer un temor latente a regresar a la hemodiálisis, si ocurriera una pérdida del injerto, así como una persistencia de la vivencia de «sentirse enfermos» no siempre asociado a una mala evolución de su condición física. Ello se asocia, indistintamente en cada caso, a la presencia de sintomatología actual molesta, comorbilidad, los cambios en los estilos de vida, insatisfacción ante la necesidad de mantener una adecuada adhesión al tratamiento, algunas limitaciones en las actividades de la vida diaria y secuelas físicas y psicológicas de los tratamientos médicos (9).

La literatura documenta además otras respuestas o efectos psicológicos como resultado de la enfermedad, respecto a los cuales también es preciso que el personal de salud esté muy atento. Dentro de los mismos cabe mencionar el deterioro cognitivo que se vincula con encefalopatías resultantes de las diálisis prolongadas y que puede provocar diversos trastornos psicológicos. Asimismo, se refieren repercusiones psicológicas relacionadas con el trasplante de órganos, entre las que se encuentran el delirium, que aparece en el posoperatorio inmediato, causado por los fármacos inmunosupresores; trastornos sexuales y del estado de ánimo; fantasías y sentimientos de culpa relacionados con el donante; e insatisfacción con la imagen corporal, presentando dificultades para

integrar psicológicamente el órgano del donante dentro del esquema corporal (9).

Todos estos elementos pudieran favorecer dificultades y malestares con el sentido de identidad en su sentido más integral y/o en sus diferentes dimensiones (personal, colectiva, sexual, genérica). Debe asumirse un enfoque que asuma que el individuo, más que un «enfermo» o «paciente», es una persona con características individuales, vínculos y relaciones, capaz de dar significado a la condición por la que transita.

### 1.3 Tratamientos y adhesión

Cuando se menciona la palabra *tratamiento* de la ERC suelen emerger a nivel representacional procederes asociados a imaginarios sociales relacionados con efectos perjudiciales sobre el estado psicoemocional y corporal del paciente, incluso sobre su sobrevivencia. Sin embargo, otros aspectos relativos también al tratamiento y a los procesos de vida con la enfermedad emergen con menor frecuencia: el estilo de vida, la nutrición, la actividad física y la sexualidad, entre otros.

La variedad de posibles tratamientos de los pacientes con ERC en estadio 5 (FG < 15mL/min) va desde los métodos dialíticos (diálisis peritoneal y hemodiálisis), pasando por el trasplante renal, hasta un tratamiento paliativo sin utilizar un método de suplencia de la función renal. Los objetivos de salud en la ERC se pueden resumir en la prevención, la detección temprana y la remisión temprana al especialista (1), los cuales resultan imprescindibles en la evolución y elección del tratamiento más adecuado al paciente, luego de un estudio individual de los aspectos relativos a su salud desde una perspectiva integral (4). Permite que el paciente reciba una idónea información sobre las posibles técnicas terapéuticas y supone la disminución en las complicaciones, especialmente aquellas infecciosas y cardiovasculares, con un impacto positivo en la supervivencia (1). En todo este proceso es indispensable

el manejo de la ERC desde un enfoque multidisciplinar, biopsicosocial y participativo.

La adecuación de los métodos dialíticos resulta decisiva, para lo cual deben tenerse en cuenta los parámetros clínicos (incluyendo la nutrición), de laboratorio y de calidad de vida. Subestimar alguno de estos solo contribuiría al incremento de la morbilidad, la mortalidad y el sufrimiento de la persona con ERC y sus familiares (4). El tratamiento de diálisis genera diversos cambios en la vida del paciente que, de no ser atendidos, pueden atentar contra su calidad de vida (15). La hemodiálisis, a pesar de preservar la vida, se asocia con una elevada carga sintomática y deterioro de calidad de la vida. Depresión, dolor, alteraciones del sueño y fatiga son algunos de los trastornos comúnmente referidos por las personas que llevan mucho tiempo sometidas a diálisis (16). Aun cuando en las últimas décadas se ha producido un gran avance médico en la optimización de las técnicas de hemodiálisis, la ERC y los tratamientos dialíticos siguen ocasionando en los pacientes cambios a nivel físico, psicológico y social (17).

El trasplante renal (que constituye una intervención quirúrgica a través de la colocación de un riñón procedente de un donante vivo o de un cadáver) se asocia a mejor evolución de salud, mejor calidad de vida, mayor supervivencia y menores costos para el sistema de salud, sobre todo si se puede realizar precozmente, incluso antes de que el paciente requiera diálisis (4). Permite rehabilitar las funciones renales y facilitar la cesación de la hemodiálisis; sin embargo, no está exento de posibles complicaciones y exige la ingestión prolongada o vitalicia de inmunosupresores, con efectos colaterales, chequeos clínicos y complementarios frecuentes, cambios en los estilos de vida y determinadas restricciones en la vida diaria, así como la vulnerabilidad a complicaciones y posibles rechazos del injerto. Por tanto, la persona trasplantada, aunque no se considera «enferma», no deja de reunir las características de «paciente» y de una situación de salud crónica, y está expuesta a vulnerabilidades relacionadas con factores de riesgo, posibles recidivas y a la posibilidad de pérdida del órgano trasplantado,

por lo que resulta primordial el mantenimiento de conductas de autocuidado, así como el tratamiento y el seguimiento médicos (9). Siempre es importante trabajar en relación con la actitud del paciente y su familia, los posibles prejuicios del equipo de salud y los temas bioéticos y biopsicosociales involucrados en la opción de trasplante y su modalidad (4).

El tratamiento paliativo no debe entenderse como no tratamiento. Debe aplicarse en aquellos pacientes que se nieguen a recibir un método de suplencia después de haber agotado todas las formas de persuasión, o en los que tengan una contraindicación absoluta para recibir diálisis o trasplantes, luego de balancear posibles riesgos y beneficios. Deben utilizarse todas las posibilidades de tratamiento higiénico-dietético, medicamentoso, soporte psicosocial al paciente y su familia, prevención y control de todos los factores de progresión y de agravamiento. «Luchar porque el paciente tenga una evolución digna, con el mínimo de sufrimientos posibles» (4:55).

Como se puede apreciar, cada opción de tratamiento va acompañada de recomendaciones de cuidados generales, autocuidados más específicos, evitación de conductas de riesgo, estilo de vida saludable, sin lo cual resulta casi imposible el éxito del tratamiento elegido. Sin embargo, no siempre se representan las propuestas terapéuticas como un conjunto de acciones dirigidas a mejorar la salud de la persona y su funcionamiento desde un enfoque biopsicosocial, y en las que la propia persona también tenga un espacio en el proceso de toma de decisiones, de forma que se refuerce su compromiso con el proceso de salud.

Han existido diferentes etapas del tratamiento de las personas con ERC que han influido en su calidad de vida. Inicialmente, la preocupación se centraba solo en la supervivencia del paciente; años después se insertó dentro de los objetivos terapéuticos el control de las principales complicaciones (uremia, anemia, hipertensión arterial). Posteriormente sobrevino el interés en mejorar algunos aspectos de la calidad de vida (validismo, incorporación laboral). En la actualidad se persigue la obtención de una verdadera calidad de vida,



en la que, además de lograr todo lo anterior, el sujeto disfrute de una actividad sexual placentera y que en sentido general sea feliz (6).

Gutiérrez menciona un grupo de etapas del tratamiento de la persona con ERC y las analiza desde la perspectiva de la bioética y la calidad de vida (6). En la etapa predialítica, las acciones médicas deben encaminarse a lograr la mayor rehabilitación posible, controlar los factores de agravamiento y progresión, educar sanitariamente al paciente y su familia, y lograr el consentimiento informado para las próximas etapas. En la etapa dialítica, resulta muy importante sostener una comunicación estrecha con el paciente y su familia en términos de sus opciones de tratamiento más adecuadas, desmitificar la diálisis y sobre todo trabajar en términos del diagnóstico precoz y en la adecuada selección del método dialítico disponible para cada paciente desde una perspectiva biopsicosocial. En la etapa de trasplante renal, se trabajarán aspectos similares a los anteriores, pero con la particularidad de que el equipo de salud tiene la obligación de demostrar científicamente si el paciente está apto o no para recibir un órgano y balancear los riesgos y beneficios.

Un aspecto muy importante relativo al tratamiento se relaciona con el compromiso de la persona a cumplirlo. La adhesión al tratamiento debe ser uno de las metas principales en la acción especializada (9), al constituir un factor favorecedor de la calidad de vida del paciente, con sus múltiples efectos positivos para la salud y para las experiencias de la persona en cada una de las áreas de su vida, incluida la sexualidad. Favorecer la adhesión al tratamiento, demanda conocer acerca de las inquietudes de la persona con ERC, sus temores, pensamientos, emociones, su vinculación con la sociedad y el ejercicio de sus roles en los ámbitos familiar, laboral o escolar, así como conocer en qué medida su situación económica y las condiciones higiénico-sanitarias que lo rodean cotidianamente pueden influir en su bienestar general (9). Para favorecer la adecuada adhesión al tratamiento en personas con ERC, es imprescindible además facilitar y lograr los necesarios nexos de comunicación, apoyo y participación entre ellas, su familia,

el equipo de salud y otros actores significativos en función de la situación específica (área laboral, escolar, miembros de la comunidad, decisores, entre otros).

#### *1.4 Estilo de vida y ERC*

Como se ha referido en varias ocasiones con anterioridad, el estilo de vida juega un rol fundamental para la salud, la evolución favorable y la calidad de vida de personas con ERC. Al igual que en personas supuestamente sanas o en personas con otras ECNT, las características y dinámica relativa al estilo de vida son esenciales en términos de sus efectos biofisiológicos y psicosociales.

El ejercicio físico no está en principio limitado para la persona con ERC. Resulta recomendable realizar una rutina de ejercicio físico moderado de forma sistemática y adaptada a las particularidades de la enfermedad y a la capacidad física de cada paciente (1). Si la actividad física puede realizarse con la compañía de personas significativas —como la pareja, familiares o personas con quienes la persona con ERC tiene un grado de identificación—, sus efectos se potencian ya que se fortalecen las motivaciones para lograr sistematicidad en esta actividad, con efectos adicionales de socialización.

El consejo nutricional es fundamental. Las recomendaciones dietéticas deben individualizarse para evitar sobrepeso u obesidad, pero también según la función renal del paciente y la existencia de otros factores de riesgo en los que se indique alguna restricción específica. La atención a la ingesta de alimentos grasos y su adecuado control es muy importante (1). Igualmente se debe insistir en que la alimentación tenga una connotación de vinculación social, en este caso con la familia, que puede participar en compartir propuestas nutricionales saludables. Estas acciones disminuyen el sentido de aislamiento y de «estar enfermo» en la persona con ERC, y favorece conductas de autocuidado en ella y en los familiares.

En pacientes con obesidad, se recomienda el tratamiento no farmacológico, la dieta hipocalórica y una rutina de ejercicio físico. El consumo de alcohol moderado no se considera perjudicial, pero debe tenerse especial cuidado con las calorías que aporta, la cantidad de líquido y el contenido en azúcar, potasio, fósforo y sodio, que debe limitarse en muchos pacientes (1). No obstante, si se considera que los efectos del consumo de alcohol sistemático son negativos para la población general, es preferible recomendar su ingestión solo ocasional, siempre muy moderada y con consejería acerca de las modalidades de bebidas alcohólicas menos dañinas para la persona con ERC.

El hábito de fumar representa uno de los factores directos involucrados en la progresión de la enfermedad renal; se han publicado datos de asociación entre este hábito y el deterioro de la función renal en la población general (3, 18). Tanto la exploración del tema en los pacientes como la persuasión para abandonar el hábito, así como terapias farmacológicas, parecen ser recomendables y seguras en pacientes con ERC (1). El consumo de otras sustancias de alta toxicidad y poder adictivo debe explorarse y eliminarse preferiblemente, brindando para ello opciones terapéuticas disponibles y efectivas.

Para conocer e incentivar todos estos cuidados en la persona con ERC, resulta vital el apoyo del equipo de salud y de la familia, en primer lugar. No debe perderse la perspectiva de estimular y lograr que sea la propia persona quien se haga responsable genuinamente de hacer integrar estas acciones como parte integral de su vida cotidiana, por lo cual debe sentirse motivada y lograr que las mismas se integren coherentemente con los fundamentos y valores principales de su vida.

## II. Definición de las aristas fundamentales de la calidad de vida en personas con ERC

El término *calidad de vida*, surgido en la década de los setenta, ha transitado por diversas etapas o estadios, ha evolucionado en conjunción

con el pensamiento científico (9) y es difícil de definir, porque integra múltiples dimensiones, es variable en función de la perspectiva desde la cual se defina y está determinado por también variados aspectos psicosociales. La calidad de vida es un concepto estrechamente relacionado con la bioética, con los aspectos psicológicos y sociales, y con los actores significativos para la salud del individuo (él mismo, su familia y el equipo de salud), por lo cual debe ser parte inmanente del proceso de atención (6).

Existen algunas aristas que son fundamentales en la definición de la calidad de vida. La primera se relaciona con los aspectos que incluye. A veces en los espacios y equipos de salud se establecen paralelismos entre la calidad de vida y aspectos como la evolución favorable de la condición física, el alargamiento de la vida en cantidad, la sobrevida o la ausencia de enfermedad (5). Sin caer en reduccionismos o en expectativas de salud inalcanzables, se trata de enaltecer el valor del modelo biopsicosocial, en el que se prioriza la interacción sistémica entre los factores biológicos (herencia, historia de enfermedad,...), psicológicos (características personales, estados emocionales, estilos de afrontamiento, capacidad adaptativa,...) y sociales (familia, comunidad, trabajo, relaciones sociales, pareja) (9). La calidad de vida interseca e incluye todos estos factores en una relación dinámica, única y cambiante para cada ser humano.

Una segunda arista se refiere a la perspectiva protagónica desde la cual se define la calidad de vida. Aun cuando el personal de salud y la familia pueden apreciar mejoría física y una buena adaptabilidad a la enfermedad, los pacientes no necesariamente lo perciben de esta manera. Sin embargo, el criterio fundamental que debe prevalecer definitivamente, es el del paciente (5, 6). Para varios autores la calidad de vida tiene un matiz muy personal, subjetivo, que varía de una persona a otra en dependencia de sus necesidades, sus experiencias de vida, su situación presente, su personalidad. Se trata de un concepto muy difícil de generalizar a una población de individuos (5). Sin embargo, ello no elimina la importancia de considerar las apreciaciones de otros actores también relevantes dentro del proceso de salud del paciente (equipo de

salud, familiares,...), pero siempre orientado hacia el mayor bienestar del paciente y en integración con la perspectiva del mismo, considerado como el actor fundamental de todo el proceso.

García Gutiérrez realiza una revisión del concepto y de sus aplicaciones en el campo de la ERC, y estructura una definición que se aviene muy adecuadamente a las necesidades de abordaje y de salud en el campo de las ERC (9). Define la calidad de vida percibida como la valoración subjetiva relativamente estable y dinámica del estado físico, psicológico (emocional y cognitivo) y social, de forma interdependiente, así como la satisfacción general y en las diferentes áreas de su vida (personal, familiar, salud, pareja-sexualidad, laboral-profesional y social), a partir de sus valores, creencias y expectativas. Esta valoración es individual e implica el significado o sentido que adquiere cada una de estas áreas en su vida. En dicha definición se interrelacionan los factores objetivos y externos (funcionamiento físico, estado de salud, relaciones sociales, estatus socioeconómico, condiciones de vida,...) con los subjetivos (personalidad, jerarquía motivacional, ideales y expectativas, estados emocionales,...), que se configuran en una expresión específica de la calidad de vida en un individuo en particular.

El factor subjetivo es esencial a la hora de aproximarse a un tema tan complejo como la calidad de vida. Ello conduce a la necesaria indagación individual acerca de este tema, lo que no significa que los múltiples instrumentos creados para explorar o evaluar la calidad de vida sean inútiles, pero definitivamente pueden (o no) dar una idea solo aproximada de la valoración del paciente respecto a su propia vida y estado. Con la cercanía a él y a sus seres significativos, incluso de ser posible a su comunidad y cultura, la escucha atenta, la apertura de canales de comunicación sistemáticos desde bases de confianza, respeto, ética y empatía, sin perder de vista los aspectos circunstanciales, objetivos, externos y relativos a la evolución de la enfermedad, puede lograrse un acercamiento a este tema desde bases más sólidas, para poder realizar las intervenciones necesarias y ajustadas a sus necesidades que realmente se reviertan en su sentido de bienestar.

Una tercera arista a considerar en la definición de calidad de vida, es su carácter valorativo y obviamente relacionado con la salud. Para la evaluación de la interferencia que produce la enfermedad y sus tratamientos en el funcionamiento adaptativo, se ha desarrollado el concepto *calidad de vida relacionada con la salud*, el cual se considera fundamental en la atención integral del paciente con ECNT y se entiende como la evaluación que realiza el individuo respecto a su salud y su grado de funcionamiento en la realización de las actividades cotidianas, lo cual incluye, entre otras, la función física, psicológica y social, y la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional (17, 19). El impacto global que genera la ERC en el individuo (a nivel físico, psicológico y social) puede evaluarse a través de la medición de este concepto, que es inclusivo de la sexualidad (2).

Este es un elemento muy positivo de la definición y ha conducido incluso a la creación de la categoría *calidad de vida sexual* (2). Aunque el abordaje de la sexualidad como parte del concepto más global de calidad de vida no se ha logrado aún satisfactoriamente, la llamada de atención acerca de la vinculación entre ambos conceptos ha representado un cambio paradigmático. No obstante, se precisa fomentar el trabajo en esta área: los escasos estudios realizados son consistentes con indicadores de considerable impacto en la calidad de vida relacionada con la sexualidad (5).

La valoración de la calidad de vida percibida sostiene estrecha relación con elementos sociales y contextuales. Así, García Gutiérrez encontró un grupo de pacientes en consulta que manifestaban elevada satisfacción con las redes de apoyo social (9). Aunque en menor medida, también destacaban las áreas de salud, pareja-sexualidad y familiar. Dichos pacientes mostraron los más bajos niveles de satisfacción con las áreas laboral-profesional, respecto a las limitaciones funcionales que les impedían mantener una vida laboral activa, y con las áreas de desempeño de su preferencia. Considerarse enfermos y los cambios en los estilos de vida impuestos por la condición de salud, fueron aspectos reflejados como determinantes en esta insatisfacción.

Una cuarta arista que hay que considerar dentro del concepto de calidad de vida, es su relación con algunas variables específicas, como la edad o el grupo de edad, el sexo, el tipo de tratamiento utilizado, la causa de la ERC y el tiempo en terapia, entre otras. Los resultados no han sido consistentes en la muestra de una tendencia específica en este sentido (5, 20, 21). Lo que definitivamente queda claro en todos estos estudios, es que siempre aparece algún nivel de afectación en alguno de los elementos evaluados como parte de la calidad de vida (2, 17, 22).

Para la atención integral del paciente renal es muy relevante identificar las variables psicosociales que pueden afectar la calidad de vida relacionada con la salud, al modular la interferencia que produce la enfermedad en el funcionamiento adaptativo (17). Entre estas, y a nivel individual, parecen ser cruciales la percepción subjetiva del estado de salud, los estilos de afrontamiento, los estados emocionales, la imagen corporal, el apoyo social percibido, algunos indicadores personológicos, los proyectos vitales y la autovaloración (9).

Para resumir, resulta vital considerar dentro del concepto de calidad de vida general, relacionada con la salud e inclusiva del área sexual, una perspectiva biopsicosocial que dé prioridad a la subjetividad sobre la base de considerar al paciente como protagonista de los procesos de salud, y su valoración no solo acerca de su estado interno, sino en especial su relación con los aspectos sociales y de salud en su contexto concreto. Ello no excluye la importante consideración de otros actores significativos en el acercamiento al tema de la calidad de vida (proveedores, pareja, familia) y la contextualización de dicha valoración atendiendo a toda una serie de variables biopsicosociales. La complejidad de los procesos de salud y de vida de personas con ERC exige el acercamiento al tema de su calidad de vida desde estas múltiples e integradas miradas. La consideración de la sexualidad y de todos los procesos y aspectos con los que se relaciona, constituye una necesidad y está en congruencia con esta complejidad.

### III. La sexualidad como expresión de la calidad de vida de personas con ERC

#### 3.1 Salud, sexualidad y calidad de vida en la ERC

Los vínculos entre salud, sexualidad y calidad de vida son muy estrechos. Comparten dimensiones similares e interrelacionadas, y sus dinámicas confluyen sistemáticamente, sin perder cada una su autonomía relativa. Dicha vinculación se ha expresado en el origen y uso de términos como salud sexual, calidad de vida relacionada con la salud y calidad de vida relacionada con la sexualidad.

Existen evidencia y unanimidad científica en considerar las disfunciones sexuales como la principal causa de la pérdida de la salud. Se consideran un tema sanitario de primer orden, porque pueden producir un deterioro potencial de la calidad de vida y del estado general de salud (10). No obstante esta realidad, muy escasamente la sexualidad se considera y comprende como un asunto relativo a la calidad de vida de las personas. Tiende a entenderse incluso como un área externa a los procesos de salud, aun cuando las aproximaciones al campo constaten su importancia. Este es el caso de muchas ECNT como la ERC.

Se refiere que más de 90 % de las parejas en las que uno de sus miembros tiene una ERC, sufren una disfunción sexual. Muchas de las causas de ERC y disfunción sexual coinciden, lo que hace que sus efectos se multipliquen. Existe un desconocimiento generalizado de esta problemática, tanto por parte del personal sanitario como de la población afectada (6). Sin embargo, se ha afirmado que los pacientes que refieren una mejor condición sexual perciben también una mayor calidad de vida relacionada con la salud, lo cual se expresa en la realización de actividades sociales y cotidianas, en una vivencia emocional menos negativa, mejor apoyo social percibido y una visión más positiva de sus procesos de salud y de vida (23).

Strippoli considera que la disfunción sexual es uno de los primeros signos de deterioro de la calidad de vida y que está estrechamente relacionada con la depresión, de ahí la importancia de indagar sobre esta y abordarla (16). La sexualidad tiene componentes físicos y emocionales que pueden verse afectados por la ERC. Las disfunciones sexuales son comunes en mujeres y varones, en especial en etapas avanzadas de la ERC, a lo cual contribuyen tanto las enfermedades causales de la ERC, las consecuencias del fallo renal (10, 24-26), y todos los aspectos involucrados en el proceso de vivir y ser una persona con una ERC desde el punto de vista psicosocial. Este conjunto de aspectos que forman parte de la calidad de vida, presenta particularidades que afectan el desempeño sexual.

Ahora bien, la sexualidad siempre es susceptible de mejorar o reorientar para que se mantenga su disfrute a partir de un tratamiento adecuado. Las acciones en este sentido constituyen una vía de gran importancia para potenciar la calidad de vida y las motivaciones de las personas respecto a sus autocuidados, y para incentivar los vínculos sociales y sus efectos positivos en la salud. La prevención y el tratamiento de la ERC deben influir positivamente en la disfunción sexual y viceversa (6). La sexualidad implica una amplia gama de actividades sexuales y dimensiones de expresión que dan placer, inclusivas o no del coito; que involucran conceptos como la comunicación, la intimidad, la autoestima y el erotismo; y que pueden proporcionar vías para sentirse saludable (14).

Una sexualidad satisfactoria, realista y posible puede considerarse como un factor protector de la salud y de la calidad de vida de las personas con ERC, pues favorece las actividades sociales, las vivencias emocionales positivas y una percepción más optimista de sus procesos de salud.

### *3.2 Mecanismos de acción de la ERC sobre la función sexual*

La función sexual integra un complejo interjuego de los sistemas hormonal, vascular, neurológico y psicológico. Todos pueden ser impactados por

la ERC (24). Las enfermedades que causan ERC y las consecuencias del fallo renal, pueden causar insuficiencia vascular y neuropatía sensorial y autonómica (27, 28). Las personas con ERC presentan trastornos en el eje hipotalámico-pituitario (hipogonadismo e hiperprolactinemia), secundarios a la acumulación de toxinas urémicas (29). Algunos de los medicamentos prescritos pueden inhibir el deseo sexual (por ejemplo, los medicamentos hipotensores). La anemia provocada por no tener una buena diálisis, puede producir astenia, fatiga y cansancio, que se reflejan también en una disminución de las motivaciones y el deseo sexual (14). No menos importantes en la sexualidad son los efectos de factores psicosociales complejos como los aspectos emocionales ya descritos, el deterioro de la autoimagen, las dificultades en la relación de pareja y los efectos de la ERC sobre la posición social del sujeto (30). Los cambios físicos causados por la evolución de la enfermedad y/o su tratamiento pueden hacer que las personas se sientan menos atractivas sexualmente, lo que afecta el interés y el funcionamiento sexual. El estrés que la ERC puede aportar a una relación, es posible que afecte la vida sexual de la pareja (14). Aspectos como el género, la edad y factores desencadenantes de las disfunciones sexuales, marcan particularidades en las expresiones sexuales de personas con ERC (10).

### *3.3 Sexualidad de mujeres y varones con ERC*

Tanto las mujeres como los varones con ERC sufren de disfunciones sexuales, aunque se presentan algunas diferencias (23, 24). Los varones generalmente sufren de disfunción eréctil y de disminución del deseo sexual (23, 28); las mujeres añaden a esta última, la anorgasmia, la disminución de la lubricación y la dispareunia (23, 31). Muñoz y colegas (10) encontraron que la disminución del deseo sexual afecta más a las mujeres (duplica) que a los varones, mientras estos últimos están más dispuestos a tratar la disfunción sexual (75 %) que las primeras (22.72 %). Tanto los unos como las otras percibieron los aspectos psicológicos de la enfermedad (alteración de la imagen corporal/rechazo de la pareja) como desencadenante de la disfunción sexual.

Hasta ahora los esfuerzos en las investigaciones se han centrado mayoritariamente en la sexualidad masculina (10, 16). La disfunción sexual es un síntoma altamente prevalente en los pacientes con ERC (10, 32). Fernández Vega refiere que 75 % de los pacientes en hemodiálisis padecen disfunción eréctil, trastorno sexual más frecuente en varones, con un impacto importante en su calidad de vida (33). Otros trastornos en el área sexual y reproductiva masculina son la atrofia testicular, la disminución de la espermatogénesis y el descenso de los niveles de testosterona (10).

El origen de las disfunciones sexuales en varones aún no es bien conocido, aunque se asume que puede causarlas la interacción de una serie de factores como el estado urémico, las alteraciones hormonales y las enfermedades asociadas (diabetes, enfermedad vascular, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, anemia, neuropatía urémica, depresión), y/o el efecto secundario de fármacos como los hipotensores (10, 32). La fatiga es uno de los síntomas más comunes de los hombres con ERC, lo que se relaciona con la retención de líquidos y las propias sesiones de hemodiálisis, lo cual puede generar cansancio y lentitud (14).

A las causas orgánicas se suelen añadir otros factores psicológicos que hacen más complejo el cuadro general: estrés, ansiedad; sentimientos de culpa, de inferioridad o baja autoestima; temor al desempeño sexual; afrontamiento ineficaz a la diálisis; percepción disminuida de bienestar físico; temor a que las relaciones sexuales produzcan malestar en el paciente o en la pareja; y rechazo de la pareja, entre otros (32-34). Los estados emocionales caracterizados por depresión, ansiedad, tensión y preocupación relacionados con el afrontamiento a una enfermedad compleja, pueden causar la pérdida de energía y menor interés en actividades que antes disfrutaba, como las sexuales. Las afectaciones en las áreas laboral y familiar profundizan estos malestares. Sentirse menos atractivo a raíz de los cambios corporales, puede afectar la manera en que las personas interactúan con los demás y su capacidad para desarrollar relaciones íntimas (14).

La sexualidad femenina es un área menos conocida e investigada. Sin embargo, se conoce que la disfunción sexual femenina es común en mujeres con ERC (35); se estima que ocurre entre 60 % y 70 % a pesar del uso de diálisis (36); incluye problemas en el deseo sexual, la excitación, la lubricación, la capacidad para alcanzar el orgasmo y el dolor durante las relaciones sexuales; e incapacita para una actividad sexual satisfactoria y, en términos de satisfacción global, para las relaciones sexuales (10). Por tal razón, al igual que en los varones, la sexualidad de las mujeres no debe subvalorarse cuando el objetivo es mejorar su calidad de vida (16).

Un estudio descriptivo realizado por Strippoli y colegas con 659 mujeres atendidas en 27 clínicas de diálisis de Europa y América del Sur, reveló que 84 % de todas las participantes y 55 % de las que se declaraban sexualmente activas reconocieron que sufrían disfunciones sexuales y que tener pareja se asociaba con menos problemas sexuales (16). La disminución del deseo sexual parece ser el trastorno más frecuente en mujeres, lo cual favorece y/o profundiza el resto de los trastornos (37). En las mujeres se puede encontrar además amenorrea o hipomenorrea, disminución del tejido mamario, vaginitis atrófica, alteraciones en el ciclo menstrual e infertilidad. Entre las causas identificadas, se refieren el déficit estrogénico, la hiperprolactinemia, la disfunción gonadal, la depresión, el hiperparatiroidismo, el déficit de cinc, el cambio de la imagen corporal, la anemia, una diálisis insuficiente y el tratamiento farmacológico (10, 14). Los miedos, el agotamiento, los estados emocionales que se han descrito como frecuentes en personas con ERC y las dificultades en las relaciones interpersonales, al igual que en los varones, complejiza y profundiza la presencia de las dificultades en el área sexual.

### *3.4 Atención y terapia sexual a personas con ERC*

De la misma manera en que el conocimiento sobre la sexualidad tanto de mujeres como de varones con ERC es pobre, desde la perspectiva de la calidad de vida, la atención, el seguimiento y el tratamiento en esta área es escaso. Vecchio y colegas afirman que existen limitadas opciones de



tratamiento disponible para las disfunciones sexuales de personas con ERC, y pocos estudios dirigidos a evaluar las intervenciones y a orientar la terapia sexual (38).

Con el fin de proteger y mejorar la salud sexual, resultan esenciales el control de los factores de riesgo cardiovascular y el uso de medicamentos sobre la base de la consideración (siempre que sea posible) de que no afecten la sexualidad y que su sustitución no influya en el buen control de la enfermedad. El tratamiento especializado permitirá un mayor ajuste psicológico unido al uso de otros recursos terapéuticos, como los inhibidores de la fosfodiesterasa-5 y la prótesis de pene para los hombres, y la terapia hormonal para mujeres y varones cuando fuera necesario (6).

Combinar los principios de educación y orientación sexual en integración con los recursos terapéuticos, resulta de vital importancia en el manejo e intervención del área sexual desde una perspectiva de calidad de vida. Involucrar a la pareja, la familia y miembros del equipo de salud, puede ser muy loable para este propósito y favorece el sostenimiento de cuidados de salud, así como la mejor evolución de la enfermedad. Cualquiera que sea la afectación, es muy importante que el paciente tenga expectativas ajustadas a sus posibilidades reales; que este evite la preocupación por el rendimiento y que se centre en el placer; que no se equipare la eyaculación con el orgasmo; que se optimicen los procesos de comunicación en la pareja; que se brinde información acerca de la respuesta sexual humana, y de la variedad y multiplicidad de alternativas en las relaciones sexuales sin penetración (6). Los ejercicios de comunicación, las actividades de reducción de estrés y las maneras de mejorar la práctica de habilidades al dar y recibir toques agradables, abrazar y besar, proporcionan sensaciones de calidez y cercanía, incluso si la relación sexual no se involucra en la actividad (14). Mantener relaciones afectivas satisfactorias y plenas, influye favorablemente en el estado psicológico y en los procesos de salud (10).

Resulta común asumir que los tratamientos para la ERC mejoran el desempeño sexual a partir de la mejora de los indicadores de funcio-

namiento fisiológico y el estado de salud física (17-38). Sin embargo, existen muchas controversias al respecto.

Es conocido, por ejemplo, que la hemodiálisis incide directamente en el bienestar del paciente. Esta permite al paciente vivir clínicamente asintomático, estar razonablemente activo y corregir los componentes metabólicos y homeostáticos alterados como consecuencia de la pérdida de la función renal. La adecuación de este tratamiento se relaciona con la reducción de la morbilidad y la mortalidad asociada con la ERC (39). Sin embargo, este hecho por sí mismo no restaura la función sexual en personas con ERC. Un estudio comparativo realizado con mujeres en hemodiálisis, entre 18 y 60 años de edad, encontró que todos los dominios, a excepción de la «satisfacción» (es decir, deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dolor y total), fueron significativamente menores en el grupo en hemodiálisis que en el control. Los niveles de estrógenos mostraron una correlación significativa con todos los dominios evaluados. Los autores recomiendan la búsqueda de nuevas estrategias de tratamiento de las disfunciones sexuales en mujeres con ERC y en hemodiálisis (40).

A pesar del bienestar físico que produce el tratamiento sustitutivo renal en los pacientes en programa de hemodiálisis, la disfunción sexual se hace evidente en la fase urémica, empeorando una vez iniciada la diálisis, y se manifiesta fundamentalmente en disfunción eréctil y disminución del deseo sexual en el varón, y disminución del deseo y de lubricación en las mujeres (23). Otras aproximaciones son consistentes con estos resultados (10, 16, 41).

La hemodiálisis nocturna ha ganado popularidad recientemente como una forma de terapia de remplazo renal; entre otros beneficios, algunos estudios han reportado mejora en la función sexual. La literatura publicada muestra resultados controversiales. El estudio comparativo de Bass y colegas (24) encontró que 39 % del grupo con hemodiálisis nocturna refirieron que se sentían entre no preocupados a moderadamente preocupados por la presencia de disfunciones sexuales, comparado con 60 % del grupo de hemodiálisis tradicional ( $p = 0.28$ ). Al evaluar la



carga de la enfermedad, se encontró que 45 % y 32 % de los grupos, respectivamente, experimentaron mejoría ( $p = 0.2$ ). Los autores concluyen que sus resultados no son consistentes con una mejora de la actividad sexual y de las preocupaciones sexuales. Consideran que la hemodiálisis nocturna disminuye o aclara las toxinas urémicas, con lo cual debe mejorar la disfunción hormonal, pero no influye en otros inhibidores de la función sexual como las comorbilidades asociadas a la ERC, que se reconocen como causantes de disfunción sexual. La hemodiálisis tampoco revierte el daño vascular y neurológico preexistente; la realización de la hemodiálisis en casa pudiera lo mismo afectar que favorecer la actividad sexual, en dependencia de la perspectiva individual y el contexto de vida de la persona con ERC.

Otro tratamiento que se ha asociado a mejoras en la sexualidad, ha sido el trasplante renal. Aunque existen muchos reportes relativos a la mejoría de la disfunción sexual después del trasplante renal (35, 42), los resultados no son consistentes (31), además de que, desde la perspectiva de algunos pacientes, la opción del trasplante no es plausible (40). Este hecho pone en el centro de la atención la repercusión psicológica de este tipo de tratamiento (temor a dañar el órgano trasplantado en las relaciones sexuales, sentimiento de ser menos atractivos debido a los efectos secundarios de la cirugía y la medicación) en integración con su repercusión física (consecuencia de la propia enfermedad o la medicación) (9). El trasplante renal brinda un buen ejemplo de la naturaleza multifactorial de la disfunción sexual, porque a pesar de la normalización de la función renal, muchos pacientes se mantienen experimentando disfunción sexual después de haberse realizado (42, 43).

Las reflexiones acá presentadas apuntan a la necesidad de la atención individual y particular a cada persona con ERC, valorando sus percepciones acerca de sus experiencias sexuales y los factores con que se relaciona. Definitivamente, un tipo de tratamiento específico o la atención a algún grupo de aspectos particulares potencialmente influyentes en la sexualidad de personas con ERC, resulta insuficiente.

### *3.5 ERC, período etario y sexualidad*

La ERC puede presentarse en cualquier etapa de la vida del individuo, desde la niñez hasta los adultos mayores, si bien se presenta con mayor frecuencia en las edades adultas en relación con la mayor incidencia y prevalencia de factores causales. Las características generales de cada una de estas etapas, desde la perspectiva biopsicosocial y relativa a la expresión de la sexualidad, debe considerarse y comprenderse como parte del abordaje y la atención a las personas, y de los procesos de intervención de salud a implementar. Resulta muy importante, en cualquiera de estas etapas, brindar atención a las necesidades psicosociales, de salud y sexuales en integración con las particularidades de expresión de la ERC.

Los niños y niñas con ERC y en diálisis pueden mostrar menor crecimiento en talla y un desarrollo sexual más lento que sus pares, e incluso en comparación con niños que se someten a trasplantes de riñón, con efectos negativos sobre la salud, el estado psicológico y su vinculación social (especialmente con adultos, pares y familia). Estos aspectos y su manejo por los adultos pudieran no favorecer procesos de maduración psicológica correspondientes a la edad (14).

En los adolescentes con ERC, el desarrollo sexual se puede ralentizar o incluso detener. Es posible que las adolescentes experimenten trastornos menstruales, lo que, unido a las limitaciones que genera la enfermedad en términos de salud y de expresión social, puede favorecer un sentimiento de ser diferente y de discapacidad (14). Por tanto, se laceran los procesos de autovaloración y autoestima, las relaciones interpersonales, la identidad sexual y la calidad de vida sexual, lo que genera problemas emocionales importantes. Los procesos de comunicación con los adultos (padres y proveedores de salud) resultan esenciales para paliar y redireccionar estos aspectos de una manera adecuada.

Es posible que los pacientes más jóvenes con ERC experimenten beneficios con los tratamientos utilizados al presentar menores y menos severas

comorbilidades, con efectos deletéreos sobre la función sexual (24) En adultos en edades reproductivas resulta fundamental considerar, indagar y prevenir de forma sistemática los posibles efectos de la enfermedad, el tratamiento y las comorbilidades sobre la salud sexual y reproductiva (planificación familiar, infertilidad) al ser una etapa en que con mayor frecuencia se estructuran vínculos estables en términos de pareja y familia.

En las mujeres en etapa climatérica, se reporta que existe una reducción de su capacidad sexual y que 20 % de las pacientes ven alteradas gravemente sus relaciones emocionales (10). Deben considerarse también para los varones las características de la mediana edad y las particularidades en que se expresa el tránsito por la misma, sosteniendo siempre una perspectiva biopsicosocial.

Se refiere en los adultos mayores un mayor deterioro de su salud sexual en relación directa con la edad y la presencia de más comorbilidades. Esta edad se asocia a mitos de asexualidad y sexualidad disfuncional relacionados con la vejez y con la ERC, perpetuando su invisibilización. Para Gutiérrez, «la conducta ante la ERC de un adulto mayor requiere un nivel de precisión y conocimiento, que si no se poseen, hacen muy factible la aparición de iatrogenias de todo tipo en estos enfermos» (6:89).

Usualmente se atribuye a ser adulto mayor y se multiplica al portar una ECNT, la condición de asexual, que significa no tener ninguna posibilidad de disfrutar la sexualidad (6), y no tener inquietudes, necesidades y derechos en este sentido. La persona adulta mayor puede tener afectaciones en cualquiera de las fases de su respuesta sexual, incluso en las tres, debido a causas de orden psicogénico, orgánico o mixtas, asociadas a una enfermedad crónica o no. Pero siempre es susceptible de mejorar o reorientar para que se mantenga el disfrute a partir de un tratamiento adecuado (6). El envejecimiento por sí mismo no limita la actividad sexual; los problemas de salud son los principales inconvenientes (10).

Como se puede apreciar, la sexualidad, entendida como un aspecto que es parte, expresión y factor influyente de la calidad de vida en personas con ERC, constituye un campo tan complejo como necesario a considerar, abordar y estudiar. El acercamiento sistemático a las experiencias y necesidades percibidas de los pacientes, en integración con los agentes y espacios sociales más importantes, además de los cuidados de salud necesarios para mejorar su evolución, en principio facilitará el logro de los objetivos de salud desde esta perspectiva integral.

## Conclusiones

1. Las personas con ERC transitan por varias etapas evolutivas a partir del momento del diagnóstico y en relación con los tratamientos indicados.
2. Dichas etapas se asocian a respuestas psicológicas, sociales y de salud, que incluyen la dinámica intrapsíquica, las relaciones interpersonales, las ocupaciones y actividades cotidianas, la salud, el cuerpo y la sexualidad. Dichas respuestas pueden afectar la salud psíquica del individuo y provocar efectos indeseables en la evolución de la enfermedad.
3. La atención a la salud de personas con ERC exige que se vele por su calidad de vida, en relación con lo cual los principios de bioética son consustanciales.
4. La calidad de vida, aunque es un concepto ampliamente utilizado (así como la calidad de vida relacionada con la salud), raramente integra los aspectos relativos a la sexualidad.
5. La sexualidad y su atención desde bases científicas y a través de métodos sensibles a los discursos y experiencias de las personas con ERC, constituyen un aspecto básico a considerar dentro del concepto de calidad de vida general y calidad de vida relacionada con la salud.
6. La incidencia de disfunciones sexuales en personas y parejas con algún miembro con ERC es muy elevada, lo cual genera

intenso malestar psicológico, social y en la dinámica de pareja. Constituye un problema de salud.

7. La pareja (su propia situación de salud, sus actitudes hacia la persona con ERC, la dinámica de pareja) puede involucrarse en la etiología y el mantenimiento de los malestares sexuales del paciente, y en especial puede contribuir de forma determinante en la evolución de la función sexual del sujeto y de la dinámica sexual de la pareja.
8. La gran mayoría de las causas y los factores de riesgo de la ERC y las disfunciones sexuales son coincidentes, por lo cual la prevención y el tratamiento de la ERC deben influir positivamente en la sexualidad, y viceversa.
9. Dados los estrechos vínculos de la sexualidad con otras categorías y áreas de vida, es vital para su comprensión indagar acerca de dimensiones como el impacto de la ERC desde las diferentes áreas de vida: salud, ocupación, relaciones sociales, familia, pareja, estado psíquico, procesos de identidad.
10. Existe un desconocimiento generalizado respecto a la problemática de la sexualidad en personas con ERC, tanto por parte del personal sanitario como de la población afectada. Los profesionales de la salud indagan poco acerca de la sexualidad de las personas que sufren ERC. Los sujetos con una ERC se expresan muy limitadamente acerca de sus experiencias sexuales y la presencia de una disfunción sexual en el contexto de salud.
11. La indagación, la atención y la expresión respecto a las experiencias sexuales y disfunciones sexuales de mujeres, personas adultas mayores, niños y adolescentes con una ERC, son aún menores. En ello influyen representaciones, mitos y barreras existentes en los espacios de atención de salud.
12. Las representaciones (en pacientes y proveedores de salud) que igualan enfermedad con asexualidad, limitan las posibilidades de mejorar la calidad de vida y la sexualidad de las personas con ERC.
13. Las personas con ERC pueden tener afectaciones en cualquiera de las tres fases de su respuesta sexual, incluso en las tres, y de

cualquier etiología (predominantemente psicógena, orgánica o mixta); pero siempre es posible de mejorar con un adecuado enfoque, tratamiento y orientación.

14. Los malestares y disfunciones sexuales más frecuentes son la disfunción eréctil en varones y el deseo sexual hipoactivo en las mujeres.
15. Los proveedores de salud pueden causar iatrogenia sobre la sexualidad y calidad de vida de la persona con ERC si no ponderan los efectos perjudiciales de un tratamiento sobre la sexualidad, que es posible sustituir por otro que no tenga estos efectos.
16. La atención integral a la salud, la calidad de vida y la sexualidad—desde una visión del sujeto como protagonista de sus procesos de salud en integración con la pareja y la familia, y el equipo de salud como una red de apoyo social sólida y sistemática—aumenta la adhesión y el compromiso con el tratamiento, los cuidados de salud, el estado de salud y el sentido de bienestar en personas con ERC.

## Recomendaciones

1. Se debe reforzar el trabajo educativo y preventivo a nivel social respecto a los factores de riesgo para la ERC y otras ECNT, en especial a partir de fomentar y favorecer un estilo de vida saludable y congruente con las necesidades psicosociales y de salud de los diferentes grupos poblacionales.
2. Remitir en tiempo adecuado al paciente al nefrólogo para incidir en la disminución de complicaciones (infecciosas y cardiovasculares) y en la supervivencia y calidad de vida de los pacientes.
3. Respecto al tratamiento renal sustitutivo, favorecer los procesos de información, preparación, planificación, tiempo de iniciación y consentimiento, en conjunto con el paciente y su familia. Los procesos educativos son fundamentales.

4. Promover en el paciente estilos de vida saludables en términos nutricionales, no consumo de sustancias tóxicas, ejercitación física, descanso y manejo del estrés. Facilitar las ayudas y orientaciones especializadas necesarias en función de ello.
5. Favorecer intervenciones sobre la salud y calidad de vida de la persona con ERC que enfatizan en: a) mantener en activo proyectos de vida y ocupaciones realistas de alta motivación para el sujeto; b) promover procesos de integración e interacción social en diferentes áreas sociales (comunitaria, laboral, familiar, pareja); c) promover y favorecer la adhesión y el compromiso con el tratamiento de salud; d) siempre se priorizará el tratamiento de la ERC, su adecuado control, la prevención de complicaciones y el mayor estado de bienestar integral posible del individuo, por encima de tratamientos específicos para las disfunciones sexuales que potencial o demostradamente puedan lacerar la salud del individuo.
6. Brindar información actualizada y veraz sobre la salud, los tratamientos, el desarrollo de procesos de consentimiento informado para cada etapa, la integración de la familia como grupo social significativo y relacionado con la salud del individuo, la educación sanitaria y el control de los factores de riesgo, entre otros temas.
7. Promover la calidad de vida de personas con ERC desde una perspectiva biopsicosocial en la que los aspectos relativos al ejercicio de una sexualidad placentera constituyan pilar fundamental. Para ello se debe priorizar el punto de vista de las personas con ERC y sus redes de apoyo, y el equipo de salud debe asumir un rol de facilitador de los procesos relativos a su salud.
8. La atención a la salud de personas con ERC debe conducirse por un equipo de atención multidisciplinario, conformado por profesionales de los diferentes campos del saber (biomédico, psicosocial y sexual), que sostengan una perspectiva biopsicosocial, transdisciplinaria y ética, y que promuevan el ejercicio de derechos de los sujetos respecto a su propia salud y la salud sexual.

9. Los integrantes del equipo de salud deben tener conocimientos sobre los temas de sexualidad, psicosociales y de salud en personas con ERC y, en especial, el entrenamiento y la capacitación para explorarlos de una manera adecuada y sin incurrir en iatrogenias.
10. El equipo de salud debe valorar y considerar la posible afectación a la sexualidad que pudieran provocar algunos tratamientos, y sustituirlos por otros con efectos no iatrogenizantes sobre la sexualidad, siempre que no comprometan el estado de salud de la persona.
11. La sexualidad debe ser un aspecto explorado de forma sistemática como parte del proceso de atención de salud en personas con ERC. Los profesionales de la salud deben adoptar una estrategia activa e indagar sobre la sexualidad de los pacientes con ERC como un aspecto más de su salud integral. Para ello es necesario crear un clima de confianza que permita la participación del paciente en la toma conjunta de decisiones acerca de su salud y su sexualidad.
12. La atención a la sexualidad debe plantearse objetivos congruentes con la situación de salud general y de salud sexual, y con las prioridades de atención a la sexualidad que se establezcan en conjunción con el paciente y su pareja. En cada etapa se indagará y dejará espacio abierto para que el sujeto informe acerca de la aparición de malestares físicos y psicosexuales, a partir de lo cual recibirá la atención requerida.
13. La exploración de la sexualidad incluirá: el área de la pareja, las representaciones sobre sexualidad, las experiencias sexuales, los efectos del proceso de enfermedad sobre la sexualidad (sexualidad antes y después de la ERC), la respuesta sexual (se explorará cada una de las fases), el autoerotismo y las representaciones (de género, sobre el cuerpo y sobre el proceso salud-enfermedad, entre otras) que puedan influir en la vida sexual del individuo. Todo ello en relación con las particularidades de expresión de la ERC en el individuo, sus manifestaciones, las opciones y criterios terapéuticos para la ERC en su caso, la

presencia de comorbilidades, la etapa etaria en que se encuentra el sujeto, sus condiciones sociales y económicas,...

14. A toda persona que refiera una disfunción sexual, se le debe realizar una exploración minuciosa integral que incluya, además de los aspectos del punto anterior, la valoración de su estado de salud actual, posibles factores orgánicos etiológicos, antecedentes patológicos personales, el grado de severidad clínica de la/s entidad/es que sufre, la presencia de hábitos tóxicos y exámenes complementarios, en conjunción con la evaluación psicosexual y psicosocial. Se valorará en específico la posible influencia de terapias farmacológicas sobre la función sexual y su posible modificación, siempre que no afecte el adecuado control de la ERC.
15. La evaluación psicosexual y psicosocial incluirá: la historia psicosexual; la evaluación del estatus sexual; las alteraciones en las fases del ciclo de respuesta sexual; la etapa de respuesta a la enfermedad en que se encuentra el sujeto y, en este sentido, sus necesidades específicas en términos de apoyo psicológico y estrategias de afrontamiento; los factores predisponentes de la personalidad; la evaluación de su estado psicoemocional, sobre todo la determinación de la presencia de depresión y ansiedad, su severidad e influencia en el estado de salud general personal y sexual; la presencia de psicopatología que precise de intervención psicofarmacológica y su derivación para tratamiento; el nivel de instrucción y económico; las representaciones de género; el sentido de pertenencia a grupos sociales y culturales; las creencias y prácticas religiosas, y otros determinantes sociales de la salud; su posición e integración social (las actividades, ocupaciones, estructura de vida cotidiana, redes sociales,...); la dinámica de pareja; las condiciones de privacidad para el ejercicio sexual; y la información y/o educación en temas de sexualidad, entre otros.
16. Tanto en varones como en mujeres con ERC y disfunciones sexuales, se identificará la presencia de una o más disfunciones sexuales, su etiología y posibles factores etiológicos comunes.

Si se presenta más de una disfunción sexual, se trabajará desde una visión integral y tomando en consideración las prioridades del sujeto. Se propondrán las terapias sexuales habituales para las disfunciones sexuales existentes en función de su disponibilidad y congruencia con la situación de salud del sujeto, tomando en cuenta la integración entre factores orgánicos y psicógenos.

17. Tanto en varones como en mujeres con ERC y disfunciones sexuales, se explorará y evaluará el deseo sexual, considerando su estrecha vinculación con otras disfunciones sexuales y con factores subjetivos y psicoemocionales como la ansiedad, los síntomas depresivos, la preocupación por la pareja, la presencia de sentimientos de culpa, la estructuración de un sentido de «carga» a partir de la enfermedad, el manejo de los temas existenciales, los malestares físicos generados por la ERC, la sujeción a procesos de atención e intervención de salud sistemáticos, y los cambios que ocurren en su entorno social.
18. En varones con ERC y disfunción eréctil, se valorará el tipo de terapia (solo terapia sexual, terapia farmacológica y prótesis peneana) en relación con la severidad de la disfunción, su etiología, el estado de salud del sujeto y su propio proceso de toma de decisiones, en conjunción con la pareja.
19. En mujeres con ERC y disfunciones sexuales, se enfatizará en la recuperación de su autoimagen como sujeto sexual y se trabajará enfáticamente en la dinámica de los deseos y el ejercicio del erotismo, sin la expectativa de otros logros o desempeños que no sea el sentido de placer y disfrute.
20. Si la persona con disfunción sexual y ERC tiene pareja, esta debe incluirse e igualmente se debe valorar su situación de salud integral y en especial aquellos aspectos que contribuyen a la permanencia y/o profundización de la disfunción en la pareja y a la limitación del disfrute en la actividad sexual en pareja. También se realizará su evaluación psicosexual y se deberá sostener en lo posible una perspectiva de terapia de pareja, trabajando sobre todo los principios de equidad, autonomía, responsabilidad y afectividad.

21. Recomendar la expresión de afectividad y métodos alternativos y variados de expresión sexual (no solo coito) y de satisfacción. Procesar las representaciones que limitan el ejercicio sexual y brindar orientaciones específicas acerca de cómo disfrutar de una sexualidad satisfactoria sin generar afectaciones físicas ni emocionales.
22. Trabajar sobre la base de expectativas ajustadas a las posibilidades reales de ejecución sexual, evitar la preocupación por el rendimiento y promover la búsqueda del placer.
23. Las intervenciones en la sexualidad de la persona con ERC debe enfatizar los siguientes aspectos: a) la sexualidad constituye una expresión y vía importante para mejorar la calidad de vida; b) cuidar y proteger los procesos de salud (física y mental) constituye una vía efectiva para proteger y disfrutar de la sexualidad; c) una persona con ERC continúa siendo un sujeto sexual y sexuado que puede mantener una vida sexual activa; d) la sexualidad tiene múltiples expresiones, además del coito; e) tener pareja no es condición única u obligatoria para el ejercicio sexual; f) la función sexual no debe centrarse en resultados o desempeños: por ejemplo, el pene erecto, la eyaculación, la lubricación o el logro del orgasmo; g) la creación de condiciones favorables para el ejercicio sexual, en términos de tiempo, privacidad, tranquilidad y confortabilidad, sin que limiten la espontaneidad deseada por el sujeto y la pareja; h) toda afectación de la sexualidad puede mejorarse o revertirse con el tratamiento y la atención adecuados; i) el centro de las intervenciones debe integrar la promoción del erotismo, de una forma libre y responsable, que enaltezca la expresión de afectividad, la experiencia de placeres y el disfrute.
24. Promover la educación sexual y la intervención continua dirigida a modificar creencias, representaciones y mitos sobre la sexualidad y sobre la sexualidad de personas con ERC, en pacientes, familiares y personal de salud, es básico para las acciones de prevención y promoción de la calidad de vida desde los espacios de salud.

25. Facilitar y favorecer el proceso de adaptación a la enfermedad en función del período etario, la situación familiar, las particularidades de expresión de la ERC, las opciones terapéuticas más adecuadas, las condiciones económicas y laborales, la accesibilidad a instituciones de salud, la situación social y los proyectos de vida.
26. Facilitar y favorecer una óptima relación y comunicación con el equipo de salud, minimizando el impacto físico, familiar y asistencial de la condición, y optimizando los recursos disponibles.
27. Individualizar la atención y tomas de decisiones terapéuticas en estrecha integración con paciente, familia y equipo de salud: tomar en consideración la etapa del ciclo vital, sus condiciones sociales, particularidades psicológicas y características del proceso de salud.
28. Promover la adhesión y el compromiso con el tratamiento, como vía para mejorar el pronóstico de salud, la calidad de vida y la sexualidad. Estimular al paciente a vivir clínicamente asintomático, estar razonablemente activo y corregir las alteraciones metabólicas y homeostáticas secundarias a la pérdida de la función renal.
29. Sostener como propósito del tratamiento no solo la supervivencia, sino en especial la calidad de vida, el bienestar psicológico y la satisfacción global y sexual de la persona con ERC.
30. Se enfatizará en la capacitación y formación de los recursos humanos, con énfasis en la educación de la población, sobre las temáticas de salud y sexualidad.
31. Se requiere de la realización de investigaciones en el contexto cubano que aporten evidencias sistemáticas sobre el impacto de la ERC sobre la calidad de vida y, como parte de la misma, sobre la sexualidad de estas personas.
32. Deben fortalecerse las alianzas entre disciplinas (biomédicas y psicosociales), entre dimensiones de trabajo (educativo, investigativo, asistencial, rehabilitacional) y entre agentes y actores (profesionales, instituciones, decisores, medios de



comunicación, grupos sociales y la comunidad), en el abordaje y resolución de los malestares relativos a los procesos de vida, la salud y la sexualidad de personas con ERC. Ello exige: comunicación y colaboración continuas; recursos materiales; creación, optimización y uso de estructuras y logísticas accesibles; sostenimiento de una perspectiva de integración biopsicosocial; y una atención de salud de calidad, en la que las personas, la promoción de su calidad de vida, su bienestar y desarrollo constituyan el centro y motivo fundamental de los esfuerzos.

33. El equipo de salud debe tomar en cuenta como categorías y principios de trabajo: la calidad de vida, la salud sexual y reproductiva y la bioética.
34. Al considerar los profundos y amplios impactos de la ERC en los procesos de vida de las personas, se hace imprescindible brindar y reforzar las redes de apoyo del sujeto (familia, pareja, entorno laboral y social más cercano, equipo de salud), en especial en términos de información, educación y apoyo emocional.

## Referencias bibliográficas

1. Martínez-Castelao A, Górriz JL, Bover J, Segura-de la Morena J, Cebollada J, Escalada J, Esmatjes E, Fácila L, Gamarra J, Gràcia S, Hernánd-Moreno J, Llisterri-Caro JL; Mazón P, Montañés R, Morales-Olivas F, Muñoz-Torres M, de Pablos-Velasco P, de Santiago A, Sánchez-Celaya M, Suárez C, Tranche S. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2014; 34(2):243-62. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E567/P1-E567-S4577-A12455.pdf>
2. Jofré R. Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en prediálisis, diálisis y trasplante renal. *Nefrología* 1999 [citado 2014 Octubre 2]; 19(supl. 1):84-90. Disponible en: [revistanefrologia.com/revistas/P7-E160/P7-E160-S140-A2090.pdf](http://revistanefrologia.com/revistas/P7-E160/P7-E160-S140-A2090.pdf)
3. Briganti EM, Branley P, Chadban SJ, Shaw JE, McNeil JJ, Welborn TA, et al. Smoking is associated with renal impairment and proteinuria in the normal population: The AusDiab kidney study. Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study. *Am J Kidney Dis* 2002; 40:704-12.
4. Gutiérrez Gutiérrez C. Particularidades de los métodos de suplencia. La diálisis y el trasplante renal. En Gutiérrez Gutiérrez C. Riñón y envejecimiento. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2011.
5. Montejo Duchit AV, Mancebo Luna Y, Sardinias Solís RM, Pupo Rodríguez. Calidad de vida sexual en adolescentes con enfermedad renal crónica. *Revista Médica Electrónica de Portales Médicos.com* 2013 [citado 2014 Octubre 2]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/calidad-de-vida-sexual-adolescentes-nefropatia/>
6. Gutiérrez Gutiérrez C. Bioética y calidad de vida. En Gutiérrez Gutiérrez C. Riñón y envejecimiento. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2011.
7. M de Francisco AL, Aguilera L, Fuster V. Enfermedad cardiovascular, enfermedad renal y otras enfermedades crónicas. Es necesaria una intervención más temprana en la enfermedad renal crónica. *Nefrología* 2009 [citado 2014 Septiembre 10]; 29(1):6-9. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo=223&idlangart=ES>
8. Ledón Llanes L. Cuerpo, género y sexualidad. Una integración necesaria para promover salud. En Torres B, Alfonso AC, Méndez N, compiladoras. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. Vol I. La Habana: Editorial CENESEX; 2013.
9. García Rodríguez K. Cap. 16. Calidad de vida en el trasplante renal. En Trasplante renal con donante vivo. La Habana; Editorial CIMEQ; 2012.
10. Muñoz García VE, Vaca Ruíz AN, Romero Estudillo E, García Criado J, Bagdad Abselam A, Mohamed Maanan N. Comportamiento sexual en los pacientes de hemodiálisis en Melilla. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2010 Abr.-Jun. [citado 2014 Septiembre 10]; 13(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752010000200004&lng=es&nrn=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752010000200004&lng=es&nrn=iso)
11. Torres Rodríguez B, Gutiérrez Gutiérrez C. Sexualidad y enfermedades crónicas no transmisibles. Necesidad de un enfoque terapéutico desde una



- mirada integradora. En Torres B, Alfonso AC, Méndez N, compiladoras. Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos. Vol I. La Habana: Editorial CENESEX; 2013.
12. Ledón Llanes L. Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2011 [citado 2012 Octubre 2]; 37(3):324-37. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol37\\_3\\_11/spu13311.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol37_3_11/spu13311.htm)
  13. Ledón Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Rev Cubana Salud Pública* 2011 [citado 2012 Octubre 2]; 37(4):488-99. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37n4/spu13411.pdf>
  14. De paciente a paciente: una ayuda para enfermos renales. El sexo en la enfermedad renal. *Comerporunriñón* 2013 Oct 23. Disponible en: <http://comerporunrinon.blogspot.com/2013/10/el-sexo-en-la-enfermedad-renal.html>
  15. Sánchez JM, Montejo AL, Llorca G. Estudio del estado de salud, comorbilidad depresiva y rasgos de personalidad en pacientes en hemodiálisis renal crónica. *Psiquiatr Biol* 2006; 13:67-70.
  16. Sexualidad. Insuficiencia renal. La mayoría de las mujeres en diálisis tiene problemas sexuales. *El Mundo* 2012. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/04/04/noticias/1333542365.html>
  17. Perales-Montilla CM, García-León A, Reyes-Del Paso GA. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología* 2012; 32(5):622-30. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&tid=articulo=11447&tidlangart=ES>
  18. Halimi JM, Giraudeau B, Vol S, Cacès E, Nivet H, Lebranchu Y, et al. Effects of current smoking and smoking discontinuation on renal function and proteinuria in the general population. *Kidney Int* 2000; 58:1285-92.
  19. Álvarez-Ude F. Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. Ponencia del XXV Congreso e la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Disponible en: [http://revistaseden.org/files/art134\\_1.pdf](http://revistaseden.org/files/art134_1.pdf)
  20. Ferrari J. Calidad de vida en hemodiálisis. *Salud Militar* 2002 [citado 2014 Octubre 2]; 23(1). Disponible en: <http://www.dnsffaa.gub.uy/revista/vol23/p64a7123.html>
  21. Rebollo P, González MP, Bobes J, Saiz P, Ortega F. Interpretación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes en terapia sustitutiva de la insuficiencia renal terminal. *Nefrología* 2000; 20(5). Disponible en: <http://revistanefrologia.com/revistas/P1-E177/P1-E177-S132-A1991.pdf>
  22. Álvarez-Ude F, Fernández-Reyes MJ, Vázquez A, Mon C, Sánchez R, Rebollo P. Sintomatología física y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódica. *Nefrología* 2001; 21:191-9.
  23. Martín-Díaz F, Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascales R. Función sexual y calidad de vida en pacientes varones de hemodiálisis. *Nefrología* 2006; 26(4):452-60.
  24. Bass A, Ahmed SB, Klarenbach S, Culleton B, Hemmelgarn BR, Manns B. The impact of nocturnal hemodialysis on sexual function. *BMCNephrology* 2012; 13:67. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2369-13-67.pdf>
  25. Navaneethan SD, Nigwekar SU, Sehgal AR, Strippoli GF. Aldosterone antagonists for preventing the progression of chronic kidney disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (3):CD007004.
  26. Lew-Starowics M, Gellert R. The sexuality and quality of life of hemodialyzed patients-ASED Multicenter Study. *The Journal of Sexual Medicine* 2009; 6(4):1062-71.
  27. Anantharaman P, Schmidt RJ. Sexual function in chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007 Apr; 14(2):119-25.
  28. Palmer BF. Sexual dysfunction in uremia. *J Am Soc Nephrol* 1999; 10(6):1381-8.
  29. Holley JL. The hypothalamic-pituitary axis in men and women with chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis* 2004, 11(4):337-41.
  30. Camsari T, Cavdar C, Yemez B, Ozkahya M, Atabay G, Alkin T, Akcicek F. Psychosexual function in CAPD and hemodialysis patients. *Perit Dial Int* 1999; 19(6):585-8.
  31. Filocamo MT, Zanazzi M, Li Marzi V, Lombardi G, Del Popolo G, Mancini G, Salvadori M, Nicita G. Sexual dysfunction in women during dialysis and after renal transplantation. *J Sex Med* 2009; 6(11):3125-31.
  32. Alcoba Valls S, García-Giralda Ruiz L, San Martín Blanco C. Guía de buenas prácticas clínicas en disfunciones sexuales. Madrid: Ministerio de Sanidad

- y Consumo; 2004 [citado 2009 Mar 4]. Disponible en: [www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20DISFUNCIONES%20SEXUALES.pdf#page=46](http://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20DISFUNCIONES%20SEXUALES.pdf#page=46)
33. Fernández Vega F. Disfunción eréctil en el paciente hipertenso y renal. *Neurología* 2002; 22(supl. 2):18-9.
  34. Sánchez Bravo C, Carreño Meléndez J, Martínez Ramírez S, Gómez López ME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2005; 28(4).
  35. Basok EK, Atsu N, Rifaioglu MM, Kantarci G, Yildirim A, Tokuc R: Assessment of female sexual function and quality of life in predialysis, peritoneal dialysis, hemodialysis, and renal transplant patients. *Int Urol Nephrol* 2009; 41(3):473-81.
  36. Kettas E, Cayan F, Akbay E, Kiykim A, Cayan S. Sexual dysfunction and associated risk factors in women with end-stage renal disease. *J Sex Med* 2008; 5(4):872-77.
  37. Diemont WL, Vrugink PA, Meuleman EJ, Doesburg WH, Lemmens WA, Berden JH. Sexual dysfunction after renal replacement therapy. *Am J Kidney Dis* 2000; 35(5):845-51.
  38. Vecchio M, Navaneethan SD, Johnson DW, Lucisano G, Graziano G, Querques M, Saglimbene V, Ruospo M, Bonifati C, Jannini EA, Strippoli GF. Treatment options for sexual dysfunction in patients with chronic kidney disease: A systematic review of randomized controlled trials. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010; 5(6):985-95.
  39. Eknoyan G, Beck GJ, Cheung AK, Daugirdas JT, Greene T, Kusek JW, Allon M, Bailey J, Delmez JA, Depner TA, et al. Effect of dialysis dose and membrane flux in maintenance hemodialysis. *N Engl J Med* 2002; 347(25):2010-9.
  40. Heon Kim J, Whan Doo S, Jae Yang W, Hyo Kwon S, Seop Song E, Jun Lee H, Sung Lim I, Hwang H, Seob Song Y. Association between the hemodialysis adequacy and sexual dysfunction in chronic renal failure: A preliminary study. *BMC Urology* 2014; 14:4. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2490-14-4.pdf>
  41. Andreu Periz L, Force Sanmartín E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Madrid: Editorial Elsevier; 2001 [citado 2014 Sep 5]. Disponible en: [http://books.google.com/books/about/500\\_cuestiones\\_que\\_plantea\\_el\\_cuidado\\_de.html?id=AveCC56EHx4C](http://books.google.com/books/about/500_cuestiones_que_plantea_el_cuidado_de.html?id=AveCC56EHx4C)
  42. Tauchmanova L, Carrano R, Sabbatini M, De Rosa M, Orio F, Palomba S, Cascella T, Lombardi G, Federico S, Colao A. Hypothalamic-pituitarygonadal axis function after successful kidney transplantation in men and women. *Hum Reprod* 2004; 19(4):867-73.
  43. Tsujimura A, Matsumiya K, Tsuboniwa N, Yamanaka M, Miura H, Kitamura M, Kishikawa H, Nishimura K, Ichikawa Y, Nagano S, Kokado Y, Takahara S, Okuyama A. Effect of renal transplantation on sexual function. *Arch Androl* 2002; 48(6):467-74.

## SOBRE AUTORAS Y AUTORES

**RAMIRO FRAGAS VALDÉS**

Especialista de Urología, Clínica Central Cira García. Máster en Sexualidad. Profesor Auxiliar de Urología, Hospital Universitario Comandante Manuel Fajardo, La Habana, Cuba.

**CARLOS GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ**

Doctor en Ciencias Médicas. Miembro del Grupo Multidisciplinario para Estudio y Tratamiento de la Sexualidad del CIMEQ. Profesor e Investigador Titular. Máster en Educación Médica. Presidente del Comité de Ética de las Investigaciones del CIMEQ.

**BEATRIZ TORRES RODRÍGUEZ**

Doctora en Ciencias Psicológicas. Jefa del Grupo Multidisciplinario para Estudio y Tratamiento de la Sexualidad del CIMEQ. Profesora e Investigadora Titular. Máster en Sexualidad y en Pedagogía de la Sexualidad.

**JULIO CÉSAR CANDELARIA BRITO**

Especialista en Medicina General Integral en el municipio de Consolación del Sur, Pinar del Río.

**CLAUDIA ACOSTA CRUZ**

Especialista en Medicina General Integral en el municipio de Consolación del Sur, Pinar del Río.

**LORAINÉ LEDÓN LLANES**

Licenciada en Psicología. Máster en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva. Diploma en Salud Sexual y Práctica Sexológica. Aspirante a Doctora en Ciencias Psicológicas. Investigadora Auxiliar, en la Clínica Central Cira García, La Habana, Cuba.

**SAYLI ÁLVAREZ DÍAZ**

Especialista de I grado en Pediatría. Nefróloga Pediatra. Máster en Gerencia de servicios de salud pública. Hospital CIMEQ.

**DAYMIRIS MÉNDEZ FELIPE**

Especialista de I Grado en Nefrología. Máster en Nutrición. Hospital CIMEQ.

**JANETE TRETO RAMÍREZ**

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de Primer Grado en Nefrología. Máster en Urgencias Médicas.

**ERNESTO DELGADO ALMORA**

Especialista de Segundo Grado en Nefrología. Profesor Instructor, del Hospital CIMEQ.

**JULIO VALDIVIA ARENCIBIA**

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de Segundo Grado en Nefrología. Profesor Titular. Investigador Titular. Jefe del Departamento de Nefrología y del Programa de Trasplante Renal, del Hospital CIMEQ.

**DAGOBERTO SEMANAT VAILLANT**

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Nefrología. Profesor Asistente. Jefe de la Sección de Hemodiálisis del Servicio de Nefrología del Hospital Hermanos Ameijeiras.

**RAYMED ANTONIO BACALLAO MÉNDEZ**

Médico, especialista de Segundo Grado en Nefrología. Máster en Urgencias Médicas y en Medios Diagnósticos. Profesor Auxiliar. Jefe del Departamento de Investigaciones del Instituto de Nefrología Dr. Abelardo Buch López.

**JONATHAN SAMUEL CHÁVEZ ÍÑIGUEZ**

Servicio de Nefrología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México.

**GUILLERMO GARCÍA GARCÍA**

Servicio de Nefrología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México.

## LISTA DE EXPERTOS PARA CONSENSO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y SEXUALIDAD

### **CARLOS G. GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ**

Especialista de Segundo grado de Nefrología. Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Educación Médica. Profesor Titular. Investigador titular. Presidente del Comité de Ética de las Investigaciones del CIMEQ. Miembro de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

### **JONATHAN SAMUEL CHÁVEZ ÍÑIGUEZ**

Médico adscrito y Profesor titular de Nefrología. Miembro del Acute Kidney Injury. Máster en Investigación Clínica

### **RAYMED ANTONIO BACALLAO MÉNDEZ**

Especialista de Segundo grado de Nefrología. Máster en Urgencias Médicas y en Medios Diagnósticos. Profesor auxiliar. Jefe del Departamento de Investigaciones del Instituto de Nefrología

### **DAGOBERTO SEMANAT VAILLANT**

Especialista de Primer grado de Medicina General Integral y Nefrología. Profesor asistente. Jefe de la sección de Hemodiálisis del Servicio de Nefrología del Hospital Hermanos Ameijeiras

### **SAYLI ÁLVAREZ DÍAZ**

Especialista de Primer grado en Pediatría. Nefróloga pediatra. Máster en Gerencia de Servicios de Salud

### **RAMIRO FRAGAS VALDÉS**

Especialista de Primer grado de Urología. Máster en Sexualidad. Profesor auxiliar. Miembro de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

### **BEATRIZ TORRES RODRÍGUEZ**

Licenciada en Psicología. Doctora en Ciencias Psicológicas. Máster en Sexualidad y en Pedagogía de la Sexualidad. Profesora titular. Investigadora titular. Presidenta de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

### **LORAINÉ LEDÓN LLANES**

Licenciada en Psicología. Máster en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva, Universidad Peruana Calletano Heredia. Diplomada en Salud Sexual y Prácticas Sexológicas. Investigadora auxiliar. Secretaria de la Asociación de Investigadores en Reproducción Humana. Miembro de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

### **GUILLERMO GUERRA BUSTILLO**

Director del Instituto de Nefrología Abelardo Buch López. Especialista de Segundo grado de Nefrología

### **JORGE P. ALFONSO GUERRA**

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor titular. Presidente de la Sociedad Cubana de Nefrología

### **BETSY LLERENA FERRER**

Especialista de Segundo grado de Nefrología

### **RAÚL BOHORQUES RODRÍGUEZ**

Especialista de Segundo grado de Nefrología

### **JORGE PÉREZ OLIVA**

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor titular

### **PEDRO RAIDEL REYES ARENCIBIA**

Especialista de Segundo grado de Urología. Jefe del Servicio de Urología del Instituto de Nefrología Abelardo Buch López

**ROBERTO SÁNCHEZ TAMAKI**

Especialista de Segundo grado de Urología

**ATILANO MARTÍNEZ TORRES**

Subdirector del Instituto de Nefrología Abelardo Buch López

**REINALDO MAYALICH COMAS**

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor titular

**JOSÉ MANUEL DÁVALOS IGLESIAS**

Vicedirector docente del Instituto de Nefrología Abelardo Buch López. Profesor titular

**YANET ÁLVAREZ GONZÁLEZ**

Especialista de Segundo grado de Nefrología. Profesora asistente

**MERCEDES ELENA HERRERA VICHES**

Jefa del Servicio de Nefrología del Hospital Hermanos Ameijeiras

**ROBERTO CANTERO HERNÁNDEZ**

Jefe del Servicio de Nefrología del Hospital Julio Trigo

**EMILIO FORS LÓPEZ**

Especialista de Segundo grado de Nefrología. Tesorero de la Sociedad Cubana de Nefrología

**JAVIER RIVERO OJEDA**

Jefe del Servicio de Urología del CIMEQ. Especialista de Segundo grado de Urología

**JULIO CÉSAR CANDELARIA BRITO**

Director del Policlínico 5 de Septiembre, Pinar del Río

**FÉLIX EDUARDO LUGO LÓPEZ**

Jefe del Servicio de Nefrología del Hospital Provincial de Pinar del Río

**MANUEL CONRADO DOMÍNGUEZ VALDÉS**

Especialista en Hemodiálisis

**RAÚL GUZMÁN**

Jefe del Servicio de Urología. Máster en Sexualidad. Miembro de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

**BEATRIZ LORA TÉLLEZ**

Máster en Sexualidad. Miembro de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

**JOSÉ CARREÑO RODRÍGUEZ**

Máster en Sexualidad. Miembro de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

**HAYDÉE WONG AROCHA**

Doctora en Ciencias Médicas. Máster en Sexualidad. Miembro de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

**CATALINA LUCERO MÉNDEZ**

Especialista en Nefrología

**FRANK VÁZQUEZ CASTRO**

Especialista de Segundo grado de Cardiología.

**ÁNGEL GASPAR OBREGÓN SANTOS**

Jefe del Servicio de Cardiología del CIMEQ. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador titular

**ADRIANA AGRAMONTE MACHADO**

Máster en Sexualidad. Investigadora auxiliar. Miembro de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

**JACQUELINE MARTÍNEZ TORRES**

Especialista en Fisiatría en Suelo Pélvico

**MARÍA ELENA RODRÍGUEZ LA FUENTE**

Máster. Profesora auxiliar. Miembro de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

**MARÍA ELENA ALONSO GARCÍA**

Máster. Profesora auxiliar. Miembro de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

**ANTONIO LAMELAS TESTA**

Jefe del Servicio de Urología del Hospital de San Cristóbal

**ELVIA DE DIOS BLANCO**

Máster en Sexualidad. Miembro del Comité Ejecutivo de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

**MARÍA ELENA REAL BECERRA**

Máster en Sexualidad. Secretaria del Comité Ejecutivo de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

**NEIDA MÉNDEZ GÓMEZ**

Doctora en Ciencias Médicas. Máster en Sexualidad. Secretaria Científica del Comité Ejecutivo de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

**IYAMIRA HERNÁNDEZ PITA**

Máster en Sexualidad. Tesorera del Comité Ejecutivo de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

**MARILÍN PÉREZ LAZO DE LA VEGA**

Doctora en Ciencias Psicológicas. Investigadora auxiliar.

**BLANCA MANZANO OVIES**

Doctora en Ciencias Médicas. Profesora titular. Expresidenta de la Sociedad de Ginecología.

**GABRIEL COODRICH DÍAZ**

Miembro del Comité Directivo de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES). Responsable de la sección de Trabajo Comunitario

**DANAYS PERERA LÓPEZ**

Especialista principal para la atención a las sociedades científicas

**MIGUEL LUGONES BOTELL**

Sección de Climaterio de la Sociedad de Ginecología

**RONAL AROCHE APORTELA**

Máster en Aterosclerosis

**MANUEL GÓMEZ ALZUGARAY**

Subdirector del Instituto de Endocrinología. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador titular

**LISET CASTELLO ELÍAS**

Máster en Sexualidad. Miembro de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

**MARÍA DEL C. VIZCAÍNO ALONSO**

Doctora en Ciencias Médicas. Profesora titular e Investigadora titular. Máster en Sexualidad. Miembro del Comité Directivo de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad. Sección de Medicina Sexual

**ALINA ORTEGA BRAVO**

Doctora en Ciencias Médicas. Profesora titular. Máster en Sexualidad. Miembro de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES)

**DIDIALA JÚSTIZ**

Médico





