

# Rehabilitación sexual post infarto agudo del miocardio

Quintero T. María Teresa, Zuleta V. Lina María<sup>(1)</sup>, Carballo G. Domingo<sup>(2)</sup>

Enfermeras Especialistas en Rehabilitación, Magister en Educación y Desarrollo Humano<sup>(1)</sup>.  
Profesoras Facultad de Enfermería.

Profesor titular de Fisiología y Bioquímica. Facultad de Medicina<sup>(2)</sup>.  
Universidad de Antioquia. Medellín- Colombia.

## Resumen

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo. En Colombia, como en muchas partes del mundo, la enfermedad coronaria ocupa el primer puesto, según las últimas cifras del DANE. Es frecuente que los pacientes que han sido afectados por una enfermedad cardiovascular, sientan que su vida sexual ha llegado a su fin, que ya no son atractivos, ni interesantes para su pareja; lo que hace que se sientan inseguros, desorientados y que tengan el sentimiento de ser personas incompletas. Hay trabajos que muestran que el gasto energético durante el acto sexual, con el compañero (a) habitual y en la posición habitual, es equivalente a 3 a 4 METS. Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de prestar asesoría, información y educación completa al paciente que ha sufrido IAM y a su pareja. El asesoramiento sexual debe basarse en recomendar a los pacientes estar en un programa de rehabilitación cardíaca, explicarle que puede reanudar su actividad sexual de tres a cuatro semanas, después de haber logrado la estabilidad clínica y si es posible haber realizado una prueba de esfuerzo electrocardiográfica, que permita observar si alcanza un nivel de ejercicio mayor de 5 METS o más sin signos ni síntomas de isquemia.

## Summary

The cardiovascular illnesses are one of the principal causes of morbid mortality in the world.

According to the latest figures from DANE (National Statistic Administrative Department) the coronary illness ranks the first place in Colombia as well as in other parts of the world.

Quite often patients, who have been affected by a cardiovascular illness, feel their sexual lives have arrived to an end, they feel not being appealing nor interesting to their partner, which leads to feelings of insecurity, disorientation, and incompleteness.

Enviado para publicación: Marzo de 2007.

Aceptado para publicación: Marzo de 2007.

There are studies that show that the energetic lost during the intercourse with the regular partner; in the regular position is equivalent to 3 to 4 METS.

Health Professionals have the responsibility to give advice, information and complete education to patients who have suffered severe myocardium heart attack, and to their partner

The sexual advisement should be based on recommendations to the patients about enrolling in a cardio rehabilitation program, by explaining to the patient how he can continue with his sexual activity three or four weeks after having achieved the clinical stability and if possible after having done the electrocardiography effort test that allows to observe if it reaches an exercise level greater than 5 METS or more without signs or ischemia.

## Introducción

A nivel mundial las enfermedades cardiovasculares son una importante causa prematura de morbilidad y mortalidad que deberían evitarse por su alto costo humano y económico.

Más de 1/3 de todas las muertes en los países desarrollados son atribuibles a enfermedad coronaria. En los Estados Unidos, más de 1.6 millón de infartos del miocardio ocurren anualmente, de los cuales 500.000 terminan en muerte antes de hospitalización. De los pacientes admitidos con infarto agudo del miocardio, aproximadamente 15% mueren durante la hospitalización y otro 10% mueren durante los años venideros. Aunque múltiples intervenciones para enfermedad coronaria mejoran la supervivencia en un 20%-25% en decenas de miles de personas, un buen programa de prevención primaria, podría al menos en teoría, evitar más de 100.000 muertes prematuras por enfermedad coronaria en los Estados Unidos.<sup>1</sup>

De todas formas, vale la pena resaltar que en ese país, durante las 2 últimas décadas, ha ocurrido disminución sustancial de la tasa de mortalidad por infarto del miocardio en hombres y mujeres, de raza blanca y negra, debido a la gran campaña de prevención primaria así como también debido a mejoría terapéutica del infarto.<sup>2</sup>

En Colombia, según las últimas cifras del DANE, ocupa el primer lugar como causa de mortalidad.

Existen factores de riesgo de enfermedad coronaria, los cuales pueden clasificarse en no modificables y modificables.

## Factores de riesgo coronario

NO MODIFICABLES	MODIFICABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Historia Familiar de Enfermedad Coronaria</li> <li>• Anomalías Congénitas de Vasos Coronarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábito de Fumar</li> <li>• Hiperlipidemia</li> <li>• Hipertensión Arterial</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Estrés</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Obesidad</li> </ul>

Los factores de riesgo también pueden clasificarse como causales, condicionales y predisponentes.<sup>4</sup>

### Factores de Riesgo Causales

- ❖ Hábito de fumar cualquier cantidad de cigarrillos
- ❖ Hipertensión arterial (>140/90 mmHg)
- ❖ Colesterol total sérico elevado (> 200 mg/dl) o LDL elevada (>160 mg/dl) o HDL disminuida (< 35 mg/dl).
- ❖ Alternativo: Apolipoproteína B elevada
- ❖ HDL baja
- ❖ Diabetes Mellitus (Glicemia > 126 mg/dl).

### Factores de riesgo condicionales

- ❖ Hipertrigliceridemia

- ❖ Pequeñas partículas de LDL
- ❖ Lipoproteína (a) sérica elevada.
- ❖ Homocisteína sérica elevada.
- ❖ Factores de coagulación
- ❖ Factor inhibidor-1 del activador del plasminógeno
- ❖ Fibrinógeno
- ❖ Marcadores inflamatorios como la Proteína C reactiva

### **Factores de Riesgo Predisponentes**

- ❖ Sobrepeso y obesidad (especialmente obesidad abdominal)
- ❖ Inactividad física
- ❖ Sexo masculino
- ❖ Historia familiar prematura de enfermedad coronaria
- ❖ Factores socioeconómicos
- ❖ Factores psicológicos.
- ❖ Resistencia a la insulina

Según el Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol (NCEP) y la XXVII Conferencia de Bethesda, el riesgo absoluto coronario es definido como: *“La probabilidad que tiene una persona de desarrollar una enfermedad coronaria severa (infarto del miocardio o muerte de origen cardíaco) en los próximos 10 años”*.

Pearson, clasifica a los pacientes en alto, mediano y bajo riesgo de acuerdo a la presencia de enfermedad y/o de factores de riesgo existente.<sup>5</sup>

### **Candidatos de muy alto riesgo**

Para prevención secundaria en aquellos con enfermedad coronaria diagnosticada o para prevención primaria en aquellos con enfermedades vasculares en vasos no coronarios: enfermedad carotídea sintomática, enfermedad vascular periférica o aneurisma aortico o diabetes mellitus. Riesgo absoluto: >20% en los próximos 10 años

### **Candidatos de riesgo moderado**

Para prevención primaria en aquellas personas con 2 o más factores de riesgo.

Riesgo absoluto: 10% - 20% en los próximos 10 años.

### **Candidatos de bajo riesgo**

Para prevención primaria en aquellas personas con 1 o ningún factor de riesgo.

Riesgo absoluto: < 10% en los próximos 10 años.

La sexualidad es una parte integral de la condición humana y la forma de canalizar un tipo de energía fundamental para vivir una vida con calidad, conlleva no solo la actividad sexual biológica, sino el concepto de la persona sobre su masculinidad o su feminidad. Es frecuente que los pacientes que han sido afectados por una enfermedad cardiovascular o limitación física, sienten que su vida sexual ha llegado a su fin, que ya no son atractivos, ni interesantes para su pareja; lo que hace que se sientan inseguros, desorientados y que tengan el sentimiento de ser como personas incompletas.

La actividad sexual contribuye en menos del 1% como causa de infarto del miocardio. El riesgo absoluto de sufrir un IAM durante el acto sexual, es muy bajo (1 en 1 millón). El ejercicio físico regular, parece que ayuda a prevenir este tipo de complicación.<sup>6</sup>

Se ha observado que 80% de las muertes o complicaciones de origen cardíaco durante el acto sexual, ocurren en hoteles cuando las personas están con compañero (a) diferente al habitual y sobre todo después de ingerir abundante comida y alcohol.<sup>7</sup>

También se ha visto que el promedio de la frecuencia cardíaca durante el acto sexual habitual es de 117 latidos/minuto y la presión arterial sistólica se aumenta 30 – 40 mm de Hg. Estos dos factores, frecuencia cardíaca multiplicada por la presión arterial sistólica lo cual se conoce clínicamente como “Doble Producto”, aumentan las demandas

miocárdicas de oxígeno, lo cual en una persona sin enfermedad coronaria, no causa problemas, sin embargo, si se tiene enfermedad coronaria, sea diagnosticada o no, el aumento de las demandas miocárdicas de oxígeno, puede sobrepasar la capacidad que tiene los vasos coronarios de aportar suficiente irrigación durante el coito, lo cual podría provocar un imbalance entre el aporte y la demanda de oxígeno miocárdico, ocasionando una isquemia, lesión o infarto. Por esta razón, cada individuo, con base en la categoría que tenga alto, mediano o bajo riesgo, debería ser evaluado no solo clínicamente, sino también, utilizando métodos no invasivos, en los cuales podría determinarse el estado del sistema cardiovascular, como sería una prueba de esfuerzo electrocardiográfica y con base en los resultados de la prueba, autorizar la reinitación de la actividad sexual.

Hay trabajos que muestran que el gasto energético durante el acto sexual, con el compañero (a) habitual y en la posición habitual, es equivalente a 3 a 4 METS (8) Un MET equivale a un consumo de oxígeno de 3,5 ml/kg/min, este equivalente se obtiene después de dividir 250ml/min, que es el consumo de oxígeno de un hombre de 70 Kg de peso en reposo por el peso corporal de la persona que es de 70 Kg. Un MET es el consumo de oxígeno por minuto de una persona en reposo con base en su peso corporal.<sup>9</sup>

Tradicionalmente las personas que han tenido un infarto del miocardio o que han sido sometidas a una revascularización coronaria, se les informa que la actividad sexual debe ser reiniciada solo 6 a 8 semanas después de el evento. Sin embargo cuando los pacientes son enviados a los programas de rehabilitación cardíaca, en la cual se le hace un programa de condicionamiento físico, este tiempo puede reducirse de 3 a 4 semanas, previa prueba de esfuerzo y si ésta es negativa para la inducción de isquemia miocárdica inducida por ejercicio, se clasifica a la persona como de bajo riesgo y puede reiniciar tranquilamente su actividad sexual.<sup>10</sup>

Por esta razón, si una persona, después de un evento cardíaco, es capaz de realizar actividades mayores de 4 METS, por ejemplo: jardinería, sin cargar cosas, 4,4 METS, nadar despacio, 4,5 METS, caminar a 4 millas por hora, 4,5 METS, subir lomas 7 METS, sin signos ni síntomas de isquemia miocárdica inducida por ejercicio, se le debe informar que puede reiniciar su vida sexual, lo cual mejora la parte psicológica del paciente.<sup>11</sup>

Los pacientes que han sufrido IAM tienen múltiples preocupaciones que interfieren en la reanudación de su vida sexual con calidad: como el riesgo a que se repita el infarto, la posibilidad que se desencadene dolor precordial o el riesgo a morir súbitamente durante el acto sexual.

En estos pacientes la educación y la información general acerca de su enfermedad y la verdadera implicación que ésta tiene sobre su desarrollo normal en su proceso de vida, es de vital importancia; pues de lo contrario terminara por convencerse que su reciente enfermedad no le permite reanudar su vida sexual y empieza entonces paralelamente la pérdida de la autoestima y la ansiedad de desempeño, que pasan a ser, factores de riesgo, que ponen en peligro la estabilidad de la pareja y este cuadro es agravado aun mas por el miedo a romper su relación.

Terakye y Akdolun encontraron en un estudio con 110 pacientes, que después de haber sufrido infarto agudo de miocardio, presentaban limitaciones innecesarias en la actividad sexual y errores en la organización de sus actividades, como: reanudación, frecuencia y posiciones en el acto sexual. Ellos encontraron que la totalidad de los pacientes fueron informados insuficientemente acerca de su futura función sexual.<sup>12</sup>

Los profesionales de la Salud tienen la responsabilidad de prestar asesoría, información y educación completa al paciente que ha sufrido IAM y a su pareja; El asesoramiento sexual debe basarse en los siguientes datos:

- El funcionamiento sexual antes de la enfermedad, es decir, conocer la histo-

ria sexual del paciente para no ir en contra de sus costumbres

- El funcionamiento del corazón y la capacidad funcional, que se evalúa a través de los resultados de la prueba de esfuerzo
- El tratamiento farmacológico de los pacientes con eventos cardiovasculares, es individual. En los programas de rehabilitación cardíaca no se modifican las medicaciones prescritas sin autorización del médico tratante.

Cuando un paciente consulta sobre el uso de otras medicaciones como por ejemplo los inhibidores de fosfodiesterasa tipo 5, es importante que este tema sea tratado entre el paciente y su médico de cabecera.

- Presencia o ausencia de una pareja estable y la calidad en la relación
- El estado psíquico del paciente. Se deben detectar signos y síntomas de depresión y baja autoestima que puedan reflejarse en la calidad de las relaciones sexuales.
- Se puede usar la monitorización electrocardiográfica durante el acto sexual, para poder apreciar la frecuencia cardíaca máxima y la presencia de isquemias o arritmias.

## Guías de Princeton

Las guías de Princeton permiten tener una orientación adecuada en el momento de instaurar un tratamiento y/o de recomendar la actividad sexual. Según la patología se dividen los pacientes en bajo riesgo, intermedio y alto riesgo.<sup>11</sup> (ver tabla)

Como una forma práctica de resumir el manejo puede decirse lo siguiente:

- **Bajo riesgo:** No hay contraindicación de la actividad sexual ni de la terapia oral con inhibidores
- **Intermedio:** Precaución en la actividad sexual y en el uso de inhibidores orales
- **Alto riesgo:** Contraindicación de la actividad sexual

## Conclusiones

Los principios generales de la instrucción sexual al paciente y su pareja se puede resumir en:

- **El Diálogo:** El paciente debe mantener una comunicación abierta con su pareja acerca de su ansiedad, miedo, preocupaciones.
- **El tiempo de renovación de la actividad sexual:** Se puede reanudar de tres a cuatro semanas, después de haber

Bajo riesgo	Riesgo Intermedio	Alto riesgo
Asintomático		Arritmias de alto riesgo
Menos de 3 factores de riesgo para enfermedad coronaria	Más de 3 factores de riesgo para enfermedad coronaria (Excepto género)	
Hipertensión controlada		Hipertensión no controlada
Angina estable	Angina estable, moderada	Angina inestable o severa o refractaria
Revascularización coronaria exitosa	Secuelas no cardíacas de enfermedad arterioesclerótica	Cardiomiopatías obstructivas hipertróficas
Infarto no complicado (Hace más de 6 semanas)	Infarto no complicado (De 2-6 semanas)	Infarto no complicado (Hace menos de 2 semanas)
Enfermedad valvular leve		Enfermedad vascular moderada a severa
Nyha clase I	Nyha clase II	Nyha clase III o IV

logrado la estabilidad clínica y si es posible haber realizado una prueba de esfuerzo electrocardiográfica, que permita observar si alcanza un nivel de ejercicio mayor de 5 METS o más, sin signos ni síntomas de isquemia.

- **Los primeros encuentros:** Al principio conviene estimular la comunicación y los juegos amorosos, sin llegar a relaciones sexuales completas, esta actividad genera confianza, estimula la libido y permite descubrir la presencia de síntomas. Hay que recalcar la importancia de los juegos pre-sexuales similar al calentamiento exigido antes de cualquier actividad física.
- **El ambiente.** Es conveniente realizar el acto sexual en un lugar conocido, bajo condiciones cómodas desde el punto de vista de calor y humedad; después del reposo o sueño y abstenerse después de un esfuerzo físico y emocional, comida copiosa, consumo de alcohol o una ducha caliente.
- **Posiciones.** Se puede aconsejar la renovación de la actividad sexual en las posiciones a las que esta acostumbrado el paciente y que son de su preferencia
- **Vigilancia de los signos de alarma:** Al mismo tiempo que se debe tranquilizar al paciente y a su pareja, es necesario instruirlos para que sepan identificar la aparición de los posibles signos de alarma: dolor precordial, mareo o visión borrosa, pulso irregular, pulso rápido o disnea de esfuerzo, en forma persistente, debilidad severa y cefalea durante o después de la relación sexual. En estos casos es necesario que el paciente le informe a su médico tratante, con el fin de definir conducta.
- Conviene aconsejar que el paciente participe en un programa de rehabilitación cardíaca para aliviar la sintomatología, mejorar su auto percepción y disminuir

la depresión, si es que esta instaurada. Gracias a eso, mejorara la libido y consecuentemente su actividad sexual. Se puede recomendar al paciente la masturbación como una forma adecuada en un comienzo, para luego reanudar su actividad sexual, resaltando las siguientes ventajas: como actividad requiere un gasto más bajo de energía que el que existe en el coito con la pareja, el peligro para la salud es mínimo, ayudando a aumentar la confianza en si mismo y en su capacidad de tener relaciones sexuales completas en una etapa posterior con su pareja.

Por último, toda persona que ha tenido en evento cardiovascular, debe idealmente portar un carné en donde esté su nombre, evento que tuvo, medicaciones que recibe, médico tratante y familiar o amigo a quien podría llamarse en caso de emergencia.

### Referencias Bibliográficas

1. Ridker P. MD; Manson J. MD, Gaziano JM, MD and Hennekens CH, MD. y colaboradores. Primary Prevention of Ischemic Heart Disease. Cardiovascular Therapeutics. A companion to Braunwald's Heart Disease. Edited by Thomas W. Smith, MD. W.B. Saunders Company. 1996.
2. Manson JE, Tosteson H, Ridker PM, Satterfield S, Hebert P, O'Connor GT, Buring JE and Hennekens CH. The Primary Prevention of Myocardial Infarction. N Engl J Med 1992; 326:1406-1416.
3. Libro La Salud En Colombia. Diez años de información. Ministerio de Salud. 1994. Archivos Maestros de defunciones del DANE. Pag SS2 y anexo estadístico SS.
4. Smith S. Jr, MD et al. Prevention Conference V Beyond Secondary Prevention: Identifying the High-Risk Patient for Primary Prevention. Circulation. 2000;101:111-116.
5. Pearson T A Circulation, 2002;105:886-892.
6. Muller JE et al. JAMA 1996;275:1405
7. Ueno M. Jap L Legal Med 1963;17:333
8. Cheitlin M. Sexual activity and cardiac risk. En Am J Cardiol 2005; 96 (suppl):24M-28 (Consulta: Marzo 15-2007). [www.AJConline.org](http://www.AJConline.org)
9. Caraballo D. Fisiología del ejercicio. En Rehabilitación en salud. Una mirada médica necesaria. Editorial Universidad de Antioquia. 1995. 95-103.
10. Kostis J. et al. Sexual dysfunction and cardiac risk (the second Princeton Consensus Conference). En Am J Cardiol 2005; 96:313-321 (Consulta: Marzo 15-2007). [www.AJConline.org](http://www.AJConline.org)

11. De Busk, et al. Am J Cardiol 86: 176-181, 2000
12. Hellerstein HK. Med Asp Human Sex 1969;3:70
13. Akdolun N Terakye G. Sexual problems before and after myocardial infarction: "patients' needs for information" en Rehabilitation Nursing. Volumen 26, numero 1 de Julio - Agosto 2.001.
14. Asters W. Jhonson V. Kolodny, R. La Sexualidad humana. Colombia: Editorial Grijalbo ,1991. p718
15. Duran Escribano M. La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad. En Revista Rol de Enfermería. Vol. 22 no 4; 1999. P 303.
16. Brunner L., Suddarth D. Enfermería Medicoquirúrgica. Ed McGraw-Hill Interamericana. Vol.1 Octava edición México 1996
17. Zuleta LM, Quintero MT. Una mirada a la rehabilitación sexual de las personas con infarto agudo del miocardio. Monografía. Universidad de Antioquia. 2000.