

REUMASEX

Montserrat Romera-Baures



REUMASEX

REUMASEX

Dra. Montserrat Romera-Baures; MD, PhD.

Médico adjunto

Servicio de Reumatología

Hospital Universitari de Bellvitge - IDIBELL

Ilustraciones: Francesc Artigau Seguí

Editorial Glosa, S.L.

Avinguda de la Meridiana, 358, 10.^a planta - 08027 Barcelona

Teléfono: 932 684 946 - Telefax: 932 684 923

www.editorialglosa.es

ISBN: 978-84-7429-703-4

DL B. 10934-2019

© Editorial Glosa, S.L.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio, incluyendo las fotocopias o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin la autorización por escrito del titular de los derechos.

ÍNDICE

Prólogo: el brindis de después	7
Introducción	11
Definición de sexualidad	15
Sexualidad en las enfermedades crónicas	19
Sexualidad en las enfermedades reumáticas	23
Artritis reumatoide	26
Síndrome de Sjögren	27
Lupus eritematoso sistémico	28
Esclerosis sistémica	29
Espondiloartritis	30
Espondilitis anquilosante	30
Artritis psoriásica	31
Artrosis	32
Dolor lumbar	35
Sexualidad y fármacos	37
Antinflamatorios no esteroideos	40
Fármacos modificadores de la enfermedad	42

Importancia de la comunicación	45
Con los profesionales de la salud	47
Con la pareja.	49
Abordaje de la sexualidad en las consultas	51
Recomendaciones	57
Consejos prácticos	60
Posiciones sexuales recomendadas	61
Epílogo	75
Bibliografía.	79

PRÓLOGO

El brindis de después

No solo las personas atléticas y los modelos de pasarela pueden tener relaciones sexuales satisfactorias; también disfrutan las gordas y los gordos, y los flacos, y los bajitos, y el resto de la gente que no practica deportes agotadores y no luce su palmito ante las cámaras.

7

Todos podemos, todos lo hacemos, todos tenemos derecho, todos gozamos: también, cómo no, los que sufren enfermedades reumáticas que dificultan sus movimientos. Basta con leer este libro para darse cuenta de que no hay por qué prescindir del sexo, y tampoco hay por qué no hablar de ello con el médico, aunque sea una reumatóloga, como la autora de estas páginas, y no una sexóloga, como la esposa de Norman Foster. ¡Ah!, y, por supuesto: hablar también —clarito y sin tapujos— con nuestras parejas, sean fijas o esporádicas.

Y, hablando de «esporádicas»: no está de más recordar aquí que ‘reumático’ y ‘promiscuo’ no forman un oxímoron; veamos qué dice al respecto el *Diccionario* oficial:

reumático: Que padece alguna enfermedad reumática.

promiscuo: Dicho de una persona, que mantiene relaciones sexuales con otras varias.

oxímoron: Combinación, en una misma estructura sintáctica, de dos palabras o expresiones de significado opuesto que originan un nuevo sentido, como en «un silencio atronador».

No, no es que esté haciendo aquí publicidad de la promiscuidad —que no es nada malo ni vergonzoso—, sino que creo que debe estar claro que las personas que sufren enfermedades reumáticas son iguales que los que tenemos la suerte de no padecerlas, y que, aunque tengan dolores o deformaciones, sienten deseo y son capaces de seducir y de gozar de los placeres eroticofestivos. Pues, como dice/invita la autora, «tener experiencias placenteras de todo tipo aumenta la calidad de vida».

8

Es esencial no darse por vencidos y no permitir que el dolor venza al placer, y para eso están los médicos especialistas en reumatología: para ayudar a mitigar —e, incluso, eliminar— las molestias y para aconsejar las soluciones más adecuadas a cada caso con el fin de lograr una sexualidad lo más completa y placentera posible. Ellos son los cómplices necesarios; son los que, con sus conocimientos, como los que se recogen en este libro, armarán la coreografía precisa para que todos y cada uno de los aquejados de enfermedades reumáticas consigan unas relaciones sexuales gozosas y lo más sicalípticas posible.

Y aunque para una vida sana al cien por cien deban evitarse el tabaco y el alcohol, y más aún cuando se sufren las dolencias que aquí se tratan, nunca estará de más esa copita *post coitum*: una cubitera llena de hielo con una botella de cava puesto a refrescar, para brindar por la felicidad que nos da el placer.

Y ya que tenemos las copas y el cava a mano, brindemos también por este nuevo libro de la doctora Romera, que tanto ayudará a los que no se atreven a disfrutar de sus cuerpos.

¡Carpe diem!

Alberto Gómez Font
Madrid, invierno de 2018

INTRODUCCIÓN

Durante la última década, de forma progresiva, los reumatólogos hemos venido prestando una especial atención a la comorbilidad. Somos ahora muy conscientes de la relevancia de entidades clínicas que, como las infecciones o la arterioesclerosis, se presentan concomitantemente con las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. Hemos establecido su incidencia, hemos analizado su impacto asistencial y —circunstancia muy importante— hemos adquirido las competencias necesarias para detectarlas y tratarlas. De forma un tanto sorprendente, en términos generales, apenas hemos abordado la problemática derivada de las disfunciones sexuales que acontecen en nuestros pacientes.

11

La disfunción sexual se define como una alteración persistente de los patrones normales de interés (impulso) o de la respuesta sexual (excitación y orgasmo). La conducta sexual es extraordinariamente compleja y cambiante, lo que dificulta en ocasiones la diferenciación entre normalidad y disfuncionalidad. Por ello, las distintas conductas se consideran disfunciones cuando generan en la persona una intranquilidad manifiesta o bien dificultan su universo de relación.

El bienestar sexual se vincula íntimamente con la calidad de vida relacionada con la salud y explica buena parte de su variabilidad. Es sabido que la prevalencia de las disfunciones sexuales en las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas es alta. Por tanto, en un contexto clínico como el actual en el que la experiencia del paciente guía nuestra actividad, conseguir que este presente unas altas cotas de satisfacción en la vivencia de su sexualidad tiene que ser, necesariamente, un objetivo de primer orden.

La atención médica, hoy más que nunca, debe llevarse a cabo desde una perspectiva integral. Además de los problemas estrictamente biológicos, deben tenerse en cuenta el psiquismo y el entorno social de los pacientes. La sexualidad es un elemento nuclear de las personas, y el hecho de enfermar no debe comportar una renuncia a seguir experimentando el placer que se deriva de una vida sexual plena.

12

A los reumatólogos, por las características de nuestra especialidad, nos resulta relativamente fácil aproximarnos a los enfermos de forma holística. No cabe, pues, delegar en otros miembros del equipo multidisciplinar el cuidado de la sexualidad de nuestros pacientes. Sin duda, las acciones complementarias de estos profesionales serán de gran ayuda, pero debemos ser nosotros los referentes asistenciales en este ámbito.

La Dra. Montserrat Romera-Baures es una excelente reumatóloga clínica, con una dilatada trayectoria profesional, que ha vivido siempre su intenso día a día con ilusión y con la firme voluntad de facilitar la vida de los pacientes. En los últimos años, parte de su actividad docente e investigadora se ha focalizado en el estudio de la sexualidad en las enfermedades reumáticas. En este magnífico libro, *Reumasex*, nos ofrece su conocimiento

y sus reflexiones. Con estilo didáctico, pero a la vez técnico y práctico, plantea problemas, aporta soluciones y, en definitiva, nos concientiza acerca de la enorme importancia que tiene compartir con el paciente sus inquietudes sobre las repercusiones que ejercen las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas en la esfera sexual.

Joan Miquel Nolla Solé

Jefe del Servicio de Reumatología
Hospital Universitari de Bellvitge
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Jefe de estudios-Medicina
Campus de Bellvitge
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut
Universitat de Barcelona

DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD

*El sexo es lo que hacemos; la sexualidad,
lo que somos.*

SIGMUND FREUD

La sexualidad es una parte integral y esencial del ser humano. Se ocupa de las variables biológicas, psicológicas, sociológicas y espirituales de la vida que afectan al desarrollo de la personalidad y las relaciones interpersonales. Y engloba a la autoestima, la imagen corporal, la personalidad y el concepto de amor e intimidad.

Dentro de las variables biológicas, el sexo se refiere a las características diferenciales entre sexo femenino y sexo masculino, características que no son excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambas. En general, suele utilizarse el término *sexo* para referirse a la actividad sexual.

La sexualidad abarca un abanico de sensaciones, pensamientos, fantasías, deseos, valores, roles de género y orientación sexual; además, está influenciada por la interacción de factores económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Es muy importante recordar que tener experiencias placenteras de todo tipo aumenta la calidad de vida. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como un «estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o enfermedad». También remarca que «la salud sexual requiere 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. Para que se logre y mantenga la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos»¹.

SEXUALIDAD EN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

*El dolor lo hará sabio. La deformidad, bondadoso.
La amargura, dulce. Y la enfermedad, fuerte.*

JOSEPH ROTH (*Job*)



La realidad de vivir con una enfermedad crónica afecta a la actividad sexual de muchos pacientes y, por diferentes motivos, puede verse comprometida en aquellos individuos que, aun siendo sexualmente activos, padecen enfermedades crónicas. La presencia de múltiples comorbilidades —diabetes, enfermedades cardiovasculares, pulmonares o cáncer, entre otras— aumenta la probabilidad de padecer alguna disfunción sexual. La capacidad para desarrollar una actividad sexual satisfactoria puede estar condicionada por las alteraciones físicas debidas a la propia enfermedad, por factores psicológicos como la depresión o la ansiedad o por unas relaciones interpersonales insatisfactorias.

La disfunción sexual incluye diversas alteraciones, como disminución o inhibición del deseo sexual, disminución de la excitación sexual, inhibición del orgasmo en las mujeres o eyaculación precoz, retardada o ausente en varones, y unas relaciones sexuales dolorosas².

Por otro lado, el envejecimiento puede tener también repercusiones en el funcionamiento sexual, tanto en forma de oportunidades como de restricciones. Aunque muchos individuos refieren que es una necesidad de por vida y que pueden mantener su capacidad sexual hasta la vejez, las personas mayores tienen más probabilidades de padecer una enfermedad crónica que pueda influir en su salud sexual. Una mayor utilización de fármacos, la concurrencia de ciertos aspectos sociales como carecer de pareja o de autonomía y la aparición de demencia pueden afectar asimismo a la sexualidad en edades avanzadas³. Sus actitudes hacia el sexo a menudo cambian y su capacidad para la actividad sexual puede disminuir. La excitación y la erección se deterioran a medida que los hombres envejecen, lo que puede reflejar, en algunos casos, la vulnerabilidad de estos procesos

a los problemas cardiovasculares. La disfunción eréctil (DE) es frecuente: entre el 31 % y el 52 % de los hombres mayores de 50 años la padecen, y la proporción se eleva hasta el 71 % en los mayores de 70 años⁴.

Además de la edad, se han identificado otros factores, como la obesidad, la inactividad física, el tabaco, la ingesta elevada de alcohol y ciertas enfermedades como la diabetes, la hipertensión y la dislipidemia.

El cáncer y sus tratamientos se han asociado también con cambios en la función sexual: en el deseo, en la satisfacción o en la frecuencia de esta práctica. La pérdida del deseo es el trastorno más frecuente en ambos sexos². En el cáncer de mama, las razones de estos cambios pueden ser la fatiga, la alteración de la imagen corporal, el estrés emocional, el dolor durante las relaciones, la sequedad vaginal y los sofocos que comporta la menopausia inducida. Lo mismo ocurre en otros cánceres ginecológicos, que transforman la imagen corporal, menoscaban la autoestima, merman el deseo sexual y la excitación, dificultan el orgasmo y reducen la frecuencia de las relaciones sexuales; todo ello, en ocasiones, agravado por las alteraciones vulvovaginales producidas por tratamientos como la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia, a resultas de las cuales puede sentirse dolor durante el coito. En los hombres, la cirugía y la radioterapia como tratamiento del cáncer de próstata se asocia a DE, disminución del deseo sexual, problemas con el orgasmo o menor satisfacción sexual; también la quimioterapia puede causar DE, pero suele desaparecer al finalizar el tratamiento.

SEXUALIDAD EN LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

*Solo las naturalezas débiles renuncian y olvidan;
las fuertes no se someten, y retan a combate
incluso a un destino superior en fuerzas.*

STEFAN ZWEIG (*María Estuardo*)

La prevalencia de los problemas sexuales en las diferentes enfermedades reumáticas puede variar entre el 27 % y el 70 % según diferentes estudios y aumenta a medida que se prolonga la enfermedad⁵⁻⁸. Las causas son diversas; problemas físicos o emocionales, alteraciones hormonales, algunos tratamientos y dificultades en las relaciones con la pareja pueden contribuir a una vida sexual menos activa y, a menudo, menos satisfactoria⁹. En las fases de alta actividad puede producirse una disminución del deseo sexual debido al dolor crónico, la fatiga y la rigidez. Por otro lado, la alteración de la imagen corporal por culpa de las deformidades puede conducir a una pérdida de la autoestima y a una disminución de la satisfacción sexual. El dolor durante las relaciones, la disfunción eréctil (DE) y la dificultad en ciertas posiciones son cuestiones físicas que pueden desembocar en una pérdida de interés y en una disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales^{8,10}. Ninguno de estos aspectos debería influir a la hora de lograr embarazos y partos sin riesgos.

Se han descrito problemas sexuales específicos en diferentes enfermedades reumáticas como son, entre otras, la artritis reumatoide (AR)^{5-7,10}, el síndrome de Sjögren (SS)¹¹⁻¹³, el lupus eritematoso sistémico (LES)^{14,15}, la esclerodermia^{16,17}, la espondilitis anquilosante (EA)^{5,18,19}, la artropatía psoriásica²⁰, la artrosis de cadera y rodillas^{21,22} o el dolor lumbar²³.

Las diferencias que existen entre el sexo masculino o femenino en la prevalencia de las enfermedades reumáticas autoinmunes es un tema aún en estudio. En las mujeres son mucho más frecuentes y representan la cuarta causa de discapacidad. El dolor y la depresión se encuentran entre las causas más frecuentes e importantes en la mayoría de las enfermedades reumáticas y, de hecho, resulta difícil imaginarse una actividad sexual satis-

factoria con niveles de dolor elevados. Debido a las diferencias que existen entre sexos, se utilizarán diferentes estrategias para el manejo de la sexualidad en estas enfermedades²⁴.

ARTRITIS REUMATOIDE

Los problemas sexuales en los pacientes con AR varían, según los diferentes estudios, entre el 31 % y el 76 %²⁵, y se han relacionado con la duración de la enfermedad, la pérdida de la movilidad y el dolor articular²⁶. Entre los problemas psicológicos se encuentran la depresión, la alteración de la imagen corporal, la relación con la pareja y la disminución del deseo y de la satisfacción sexual.

26

La mayoría de los pacientes con AR son mujeres, y existen diferencias en la actividad sexual entre hombres y mujeres. En algunos estudios se ha observado que ellas tienen menos fantasías sexuales y se masturban menos que los controles (voluntarios sanos); durante el coito, el problema fundamental es el dolor y la movilidad articular limitada, pero no refieren diferencias en la satisfacción sexual; además, la depresión y la dispareunia por sequedad vaginal pueden afectar al deseo sexual, a la excitación, al orgasmo y a la satisfacción sexual^{6,7}. Por su parte, en los hombres adultos con AR se ha observado hipogonadismo como causa de impotencia y disminución de la libido²⁷ sin influir en la satisfacción y la actividad sexual⁷, y la DE se correlaciona con la actividad o gravedad de la enfermedad, con el dolor y con la fatiga.

En un estudio poblacional realizado por Keller y Lin en 2012, que incluía 44 000 pacientes con AR, el 67 % presentaban DE después de ajustar por la edad, el peso, el consumo de alcohol y diversos

factores de riesgo cardiovascular²⁸. Se ha propuesto como mecanismo de la DE la disfunción endotelial inducida por la AR²⁸.

En un estudio con adolescentes varones y adultos con artritis idiopática juvenil, la masturbación y el coito se practicaron por igual entre pacientes y controles, aunque el dolor articular durante el coito fue significativamente más frecuente entre los primeros. Aquellos adolescentes con una mayor discapacidad funcional fueron los que experimentaron más dolor en las articulaciones durante las relaciones, pero en general se preservaron el placer y la satisfacción sexual²⁹. En este tipo de artritis, además de con discapacidad física y dolor, la disfunción sexual se ha asociado con problemas psicológicos relacionados con la alteración de la imagen corporal y la consecuente pérdida de la autoestima y de la autoconfianza²⁹.

SÍNDROME DE SJÖGREN

27

Uno de los aspectos estudiados en los pacientes afectados de SS ha sido el de la sexualidad y su influencia en la calidad de vida. La inflamación que produce esta enfermedad puede derivar en atrofia de los tejidos epiteliales, incluido el tracto urogenital. En el 40-50 % de las mujeres, la sequedad vaginal por disminución de la producción de moco cervical y la vaginitis atrófica pueden producir dispareunia^{26,31}.

En una reciente revisión sistemática con un total de 201 participantes (102 casos y 99 controles), los autores destacan la importancia de la sequedad vaginal en la disfunción sexual de las pacientes con SS³². Por su parte, en un estudio realizado en Italia, entre el 80 % y el 90 % de las mujeres con SS o síndrome seco referían síntomas ginecológicos, siendo la sequedad vulvar

y vaginal los más frecuentes. La enfermedad afectaba a la satisfacción y al placer sexual, con reducción y deterioro de las relaciones¹². La sequedad bucal, o xerostomía, hace que los besos sean difíciles y desagradables²⁵. Por último, la fatiga que en ocasiones acompaña a la enfermedad también influiría en la actividad sexual.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

El LES puede quebrantar la calidad de vida de los pacientes en varios aspectos, entre ellos el de la sexualidad²⁵; así, se han notificado casos de hipogonadismo, disminución de la libido, DE, eyaculación precoz y dificultad para alcanzar el orgasmo en hombres con LES^{33,34}.

28

Diversos estudios discrepan con relación a la sexualidad de las mujeres con LES. En un ensayo realizado en Taiwán con 302 mujeres de las cuales la mayoría se encontraba en remisión, la función sexual únicamente se vio afectada muy levemente como consecuencia de la falta de lubricación y la dispareunia. Si las pacientes estaban atravesando una fase de actividad o de brote, o padecían de enfermedad vascular o experimentaban trastornos del ciclo menstrual, el funcionamiento sexual era más deficiente³⁵. Los resultados ponían de relieve el papel de la disfunción gonadal y de la arterioesclerosis en el funcionamiento sexual de las mujeres con LES. Otro estudio, este realizado en nuestro país, indicó que en las mujeres con LES la actividad sexual se veía disminuida debido a factores psicológicos, falta de deseo, sequedad vaginal y dificultad en el orgasmo¹⁴. En una revisión sistemática y metaanálisis de los dos estudios anteriores que incluyeron a 236 mujeres, la disfunción sexual se asoció a depresión y a una peor imagen corporal¹⁵. El dolor vaginal

durante el coito por estrechez vaginal es también una causa de disfunción sexual en las mujeres con LES y una causa de empeoramiento de las relaciones de pareja^{25,34}.

ESCLEROSIS SISTÉMICA

En hombres y mujeres con esclerosis sistémica existe una alta prevalencia de disfunción sexual que repercute de manera considerable en su calidad de vida.

La discapacidad sexual que afecta a muchas de las mujeres que padecen esclerodermia se traduce en una menor actividad sexual si se compara con la de la población general³⁶. En las mujeres con esclerosis sistémica, las alteraciones físicas y psicológicas que pueden influir en la actividad sexual incluyen fatiga, depresión, dolor con debilidad muscular, alteración de la imagen corporal, fenómeno de Raynaud, endurecimiento y molestias en la piel, estrechez y sequedad vaginal, engrosamiento de la piel alrededor de los labios y úlceras dolorosas de los dedos. La sequedad y estrechez vaginal produce dificultad en el coito y dispareunia; el fenómeno de Raynaud puede afectar a la lengua y a los pezones; y la esclerosis de los dedos y las úlceras digitales dolorosas pueden interferir tanto en el tacto como en la estimulación sexual³⁵.

La DE es el problema sexual más común en los hombres con esclerosis sistémica³⁷ y, aunque se la suele subestimar, puede variar, según los diferentes estudios, entre el 12 % y el 81 %²⁵. Se la ha venido relacionando con menores niveles sanguíneos de testosterona y prolactina, y con la disminución de la presión sanguínea en el pene debida a una afectación de los pequeños vasos³³.

ESPONDILOARTRITIS

En los pacientes con espondiloartritis no se ha investigado tan exhaustivamente la sexualidad como en el contexto de la AR. Sin embargo, sí disponemos de estudios realizados en afectados con EA o con artritis psoriásica. Entre los procesos derivados de la enfermedad que impiden una vida sexual satisfactoria a estos pacientes se encuentran el dolor y la inflamación, la pérdida de movilidad axial y periférica, la deformidad articular, las intervenciones quirúrgicas y algunos efectos adversos de los propios tratamientos³⁸.

Espondilitis anquilosante

30

Algunos estudios —con pocos pacientes— demuestran que los pacientes con EA pueden presentar DE³⁹ y disminución de la libido²⁵. En un estudio con 612 sujetos (72 % eran hombres), el 38 % señalaban que su enfermedad afectaba a las relaciones sexuales. Entre los factores señalados como máximos responsables del deterioro se citaban la función física, el dolor, la alta actividad de la enfermedad, la ansiedad y la depresión, así como la falta de empleo^{19,40}. Al igual que en los pacientes con AR, el dolor y la depresión estarían en el origen de la disfunción sexual. En algunos casos de *cauda equina* se han descrito causas de impotencia⁴¹.

La importancia del hipogonadismo en la sexualidad de los pacientes con EA todavía no está clara. En estudios más recientes y con mayor número de pacientes, el 20 % de los individuos declaraba sufrir un efecto negativo de la enfermedad en su actividad sexual. Eran factores predisponentes el sexo femenino, la obesidad, el tabaco, una peor calidad de vida y una mayor actividad de la enfermedad⁴².

Artritis psoriásica

Entre el 23 % y el 70 % de los pacientes con psoriasis pueden tener alterada su actividad sexual⁴³. Entre las diferentes causas se encuentran el deterioro funcional, una disminución de la autoestima debido a la alteración de la imagen corporal, la depresión, trastornos de ansiedad, la psoriasis genital, algunos tratamientos²⁰ y ser del sexo femenino⁴³. Diferentes estudios han asociado la psoriasis a una mayor ansiedad y depresión, y algunos autores han sugerido que los altos niveles de algunas citocinas proinflamatorias, como el factor de necrosis tumoral (TNF) alfa, y algunas interleucinas, que participan en la patogénesis de la psoriasis, estarían relacionadas con la depresión que presentan los pacientes con artritis psoriásica²⁰.

En una reciente revisión sistemática de 28 estudios que representan 52 520 casos de psoriasis, las principales causas de disfunción sexual y DE fueron la presencia de ansiedad, depresión, artritis psoriásica, lesiones genitales y aumento de la edad de los pacientes³⁸. Además, los autores apuntan que la inflamación sistémica podría desempeñar también un papel en la DE. En los hombres con psoriasis, esta disfunción podría deberse a una disminución del flujo de las arterias del pene por daño endotelial y hay autores que consideran que la DE podría ser de utilidad como un factor de riesgo cardiovascular precoz⁴⁴. La asociación de otros factores de riesgo cardiovascular, como el síndrome metabólico, se ha relacionado también con el riesgo aumentado de disfunción sexual y DE. Aunque no hay evidencia científica del papel de los tratamientos biológicos sobre la sexualidad, el control de los síntomas de la enfermedad podría explicar una mejoría en la actividad sexual³⁸.

ARTROSIS

Tenemos datos de pacientes con artrosis de rodilla y de cadera para los cuales mantener relaciones sexuales es una fuente de infelicidad y dificultad. Diversos estudios demuestran que la artroplastia de cadera mejora la calidad y aumenta la frecuencia de dichas relaciones y, a pesar de que los pacientes esperan una mejoría después de la intervención quirúrgica, este tema no se menciona explícitamente en las consultas^{45,46}.

Algunas series observan que el hecho de sufrir un dolor crónico en la cadera afecta considerablemente a la sexualidad de los pacientes con coxartrosis^{45,46}. La mayoría de estos datos proceden de estudios de pacientes intervenidos de una artroplastia de cadera a los que se habían aplicado cuestionarios no validados^{47,48}.

32

En un estudio llevado a cabo en el Reino Unido con 121 pacientes, el 67 % de los encuestados referían tener problemas sexuales, más frecuentes en las mujeres y relacionados con el dolor y la rigidez articular²¹. Además, en general, ellas los sufren de una forma más temprana en el curso de la enfermedad, especialmente en aquellos casos asociados a displasia de cadera. El hecho de que exista dolor de raquis o afectación de rodillas agrava las dificultades. La actitud de la pareja que por sobreprotección rechaza las relaciones sexuales con el paciente, relegando a este a la condición de inválido, puede ser causa de problemas en la relación y fuente de profunda frustración⁴⁵.

En otro estudio retrospectivo más reciente, esta vez en Estados Unidos, el 89 % de los pacientes que habían sido sometidos a una artroplastia manifestaban que, antes de serles implantada la prótesis, la artrosis de cadera limitaba su vida sexual. Los

problemas de las mujeres durante el coito eran debidos al dolor y a la limitación de la movilidad durante la flexión y la rotación externa de la cadera²². La dificultad en la vida sexual influía claramente en su calidad de vida.

Según datos de revisiones sistemáticas, la calidad de vida relacionada con la sexualidad después de una prótesis total de cadera mejora, pero la magnitud del efecto es muy variable (0-77 %)^{46,47}. Los autores concluyen que, dado el número creciente en todo el mundo de pacientes con artrosis de cadera, la importancia de la sexualidad en su calidad de vida, antes y después de una artroplastia, debería cuantificarse mejor. Algunos proponen la utilización de resultados percibidos por el paciente, o PROs (*patient reported outcome measures*), validados para este propósito⁴⁷.

El principal temor en las relaciones sexuales después de una artroplastia de cadera es el riesgo de luxación de la prótesis, siendo durante los tres primeros meses después de la intervención cuando se producen el 75 % de las luxaciones. La cicatrización de la piel, del tejido celular subcutáneo y del tejido periarticular se va completando durante el primer mes después de la operación, por lo que se recomienda prudencia antes de iniciar la actividad sexual. Los abordajes anterior y anterolateral, que respetan las estructuras periarticulares, presentan un menor riesgo de luxación posoperatoria y permiten una reanudación temprana de la actividad sexual⁴⁵.

Las posiciones de decúbito lateral no se recomiendan en el posoperatorio inmediato, ya que pueden favorecer la aducción y la rotación interna. Después de la intervención quirúrgica, los hombres tienden a reemprender la actividad sexual antes que las mujeres porque sus articulaciones precisan menos esfuerzo

(no hay abducción ni rotación externa). En las mujeres, las posiciones difieren considerablemente entre el período preoperatorio, durante el que prefieren posturas que requieren poca movilidad, y el posoperatorio, en el que suelen optar por la posición supina con abducción y rotación externa de la cadera⁴⁵. Un estudio realizado con dos voluntarios sanos para valorar, durante el coito, diferentes posiciones y evaluar el riesgo de luxaciones, encontró que las posiciones que requieren la mayor flexión de cadera eran las que estaban sujetas a un mayor riesgo de impacto⁴⁹.

En el contexto de la artrosis de rodilla y sus consecuencias sobre la sexualidad se han publicado menos trabajos. Los datos provienen también del seguimiento de pacientes que han sido intervenidos de artroplastia de rodillas. En dos de estos estudios, los pacientes refieren una mejoría de su actividad sexual después de la intervención, mejoría que atribuyen al alivio del dolor y a una mayor movilidad:

34

- En el estudio de Kazarian y colaboradores⁵⁰, en el que participaban 146 pacientes, el 45 % refirieron disminución de la calidad y de la frecuencia de su actividad sexual debido al dolor y a una pérdida de la movilidad y flexibilidad de la rodilla. Para evitar el dolor, los sujetos tuvieron que ajustar sus respectivas posiciones sexuales para adaptarse a su articulación y evitar posturas que implicaban arrodillarse o soportar peso sobre ella. Los autores recomiendan posiciones que eviten arrodillarse, adoptar la posición en decúbito lateral o permanecer de pie durante el coito. Después de la intervención quirúrgica, los pacientes reanudaron la actividad sexual a los dos meses y medio aproximadamente. Tras la operación, el 62 % no experimentó cambios en la actividad sexual, el 7 % entablaba menos relaciones sexuales que antes, el 16 %

se abstuvo de ellas y solo el 15 % las intensificó. Entre los que se abstuvieron, el 46 % fue debido al dolor, el 31 % por el temor a dañar la prótesis y el 39 % por otras razones no relacionadas con la rodilla.

- En el estudio de Nunley y colaboradores⁵¹, en el que se habían incluido 430 pacientes portadores de artroplastia de rodilla, los resultados fueron más positivos. El 25 % de los participantes declararon ser sexualmente más activos, y el 44 %, que sus experiencias sexuales eran de mejor calidad. Únicamente el 6 % declaró que su calidad sexual había empeorado después de la intervención. Estos mejores resultados pueden deberse al factor edad, ya que los participantes eran menores de 60 años.

DOLOR LUMBAR

35

No, no existe ningún dolor insoportable. Puede llegar a ser tremendo, pero nunca insoportable. Cuando llega a serlo, ya no lo sentimos.

SÁNDOR MÁRAI (*La hermana*)

El dolor lumbar contribuye a una disminución de la libido y de la satisfacción sexual, tanto en hombres como en mujeres. La vida sexual constituye un aspecto relevante en la calidad de vida de los pacientes con dolor lumbar crónico, y —al igual que en otras enfermedades crónicas— es el dolor lo que más influye en unas relaciones sexuales satisfactorias.

Los factores no son solo fisiológicos, sino también mecánicos. Las personas con dolor lumbar refieren exacerbación del dolor debido a los movimientos y a las posturas durante el coito, lo que induce una disminución de la frecuencia en las relaciones.

Al investigar qué ocurre con la vida sexual de pacientes que adolecen de canal estrecho o de espondilolistesis degenerativa, y en qué medida puede una intervención quirúrgica paliar este problema²³, se ha podido constatar que hasta el 70 % de los pacientes estudiados manifestaban que la actividad sexual era un aspecto relevante. Asimismo, aquellos sujetos cuyo dolor de espalda mejoraba con la cirugía experimentaban una mejoría en sus relaciones sexuales²³.

En algunos pacientes, el dolor lumbar empeora con la flexión del raquis, y en otros, con la extensión. A raíz de algunos estudios realizados en Canadá⁵² en los que se investigaba la movilidad lumbar durante el coito en diferentes posiciones, se vienen proponiendo algunas recomendaciones. Por ejemplo, la posición supina clásica, la del misionero (la mujer sobre su espalda, con las piernas abiertas y con las caderas y rodillas ligeramente flexionadas, y el hombre encima de ella con los codos flexionados), debería evitarse en aquellos hombres en los que el dolor lumbar empeora con la flexión del tronco. Del mismo modo, tampoco es aconsejable, cuando el dolor empeora con la extensión, la variante en la que el hombre se sitúa con los brazos estirados⁵³.

36

La posición de la mujer en cuadrupedia y el hombre arrodillado detrás de ella es más soportable para los hombres aquejados de dolor a la flexión lumbar, pero debería evitarse en aquellos en los que el dolor empeora con la extensión. En cuanto a la mujer, esta posición es menos dolorosa para las que no toleran la flexión, pero debería contraindicarse en aquellas en las que el dolor se produce con la extensión lumbar.

En cualquier caso, estos problemas no suelen abordarse en las consultas, y la falta de comunicación limita la identificación de aquellos factores que pueden influir en una vida sexual satisfactoria.

SEXUALIDAD Y FÁRMACOS



Hay una serie de fármacos que pueden afectar a la función sexual. Dentro de los utilizados en las enfermedades crónicas que pueden influir en la sexualidad, se encuentran los antidepresivos, los antiepilépticos, los antihipertensivos, los antiparkinsonianos, las benzodiazepinas y los medicamentos para tratar las enfermedades de próstata⁵⁴. A continuación repasamos algunos de ellos:

- Los efectos secundarios de los antidepresivos pueden ser disfunción eréctil (DE), disminución de la libido, dificultad en el orgasmo o anorgasmia y, en la mujer, sequedad vaginal. Los hombres tratados con antidepresivos sufren una mayor incidencia de disfunción sexual, que además tiende a agravarse con la edad.
- Los fármacos antiepilépticos pueden afectar a la excitación sexual y producir cambios en los niveles de hormonas sexuales. Dentro de los utilizados para el tratamiento de algunos procesos reumáticos, se encuentra la pregabalina, que puede inducir —incluso con dosis bajas— DE, pérdida de la libido y anorgasmia⁵⁵. Se conoce un caso publicado de disfunción sexual con la gabapentina.
- La DE que se produce en los pacientes hipertensos es una causa de disfunción sexual, y algunos fármacos hipotensores como los betabloqueantes y los diuréticos tiazídicos pueden empeorarla, además de retrasar la eyaculación y disminuir la libido. Algunos bloqueadores alfaadrenérgicos son capaces también de retardar la eyaculación o, incluso, producir eyaculación retrógrada. Los antagonistas de los canales del calcio que provocan un aumento de los niveles de prolactina pueden interferir también en la función sexual.
- Dentro de los fármacos utilizados para la hipertrofia benigna de próstata se encuentra la finasterida, asociada a DE y disminución de la libido.

- En el tratamiento de la enfermedad de Parkinson, los fármacos dopaminérgicos mejoran la función sexual, pero una regulación errónea de la dopamina puede propiciar una hipersexualidad patológica.
- La disminución de la libido es un efecto común de los antipsicóticos (aunque se trata de un efecto de clase) y de las benzodiazepinas; estas, a su vez, suelen dificultar la eyaculación.
- Los opiáceos, los antiandrógenos y tratamientos hormonales como los basados en análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas se han vinculado a DE y disminución de la libido; de hecho son, junto con los alfabloqueantes, los fármacos que cuentan con mayor evidencia científica en esta materia⁵⁴. Dentro de los del primer grupo, el tramadol puede retardar la eyaculación.

40

ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

Uno de los efectos adversos relacionados con los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), comúnmente utilizados en el tratamiento de los dolores musculoesqueléticos, es la DE. Existe controversia en la literatura médica acerca de su papel en el desarrollo y progresión de esta anomalía, de modo que, mientras algunos estudios confirman el riesgo^{56,57}, otros no encuentran relación alguna⁵⁸. En función del posible efecto de la inflamación en la erección, los fármacos antiinflamatorios deberían reducir el riesgo de sufrirla, pero todavía no está claro cuál es el papel de los AINE en la DE. Los AINE que compiten con el ácido araquidónico e inhiben la síntesis de prostaglandinas y tromboxano interferirían con el proceso fisiológico de la erección del pene a través de la vía del óxido nítrico. El óxido nítrico es una señal

fisiológica esencial para esa función, y los trastornos que reducen la síntesis o liberación de óxido nítrico en el tejido eréctil se suelen asociar con la DE⁵⁷.

Algunas investigaciones han observado que el aumento de la DE con los AINE se explicaría por el uso de estos fármacos en las enfermedades de base: la artritis, el dolor crónico musculoesquelético, las radiculopatías y la enfermedad arterioesclerótica, asociadas todas ellas a un aumento del riesgo de disfunción.

El efecto de este grupo de fármacos sigue siendo objeto de controversia. Se han descrito casos de infertilidad femenina transitoria con la indometacina, el diclofenaco, el piroxicam y el naproxeno, que inhibirían las prostaglandinas implicadas en la ovulación y la implantación de los óvulos³³.

El uso de indometacina, naproxeno, diclofenaco, piroxicam y meloxicam se ha asociado a una disfunción de la ovulación llamada «síndrome del folículo luteinizante no roto»; este síndrome es menos común en mujeres que toman AINE por procesos reumáticos inflamatorios que en las que lo toman por procesos musculoesqueléticos no inflamatorios, y en cambio es más frecuente con el etoricoxib, un inhibidor selectivo de la ciclooxigenasa 2. En cuanto a los hombres, la utilización de indometacina, diclofenaco o naproxeno puede disminuir la libido¹⁰.

Además, el uso crónico (durante más de seis meses) de AINE puede influir en la calidad del esperma⁵⁴, un efecto que también sería reversible.

Los grados de inflamación que se producen en las patologías musculoesqueléticas podrían interferir en las señales biomecá-

nicas y neurotransmisoras requeridas para una normal erección⁵⁴.

FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD

Actualmente se dispone ya de bastantes datos en torno a los efectos de los «fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad» clásicos (FAME-c) o biológicos (FAME-b) sobre la fertilidad; sin embargo, nuestro conocimiento acerca de la incidencia de estos medicamentos sobre la actividad sexual es escaso^{24,34,54}. Los trastornos en la ovulación y en la espermatogénesis van a interferir en la secreción de las hormonas gonadales, y la alteración de los niveles de hormonas sexuales puede disminuir la libido.

42

La utilización crónica y en dosis elevadas de glucocorticoides (GC) induce una inhibición del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal que en los hombres acarrea una disminución de los niveles de testosterona, la cual a su vez merma la libido y precipita la DE, mientras que en las mujeres pueden producir sequedad vaginal e inhibir la secreción de hormona luteinizante y de hormona foliculoestimulante, necesarias para la ovulación³⁴. La falta de lubricación en las mujeres puede conllevar problemas de erección en los hombres.

Diversos estudios asocian el uso de metotrexato, sulfasalacina, hidroxiclороquina¹⁰ o ciclofosfamida³⁷ con la aparición o exacerbación de DE. El metotrexato puede interferir en la eyaculación y en el orgasmo⁵⁴.

En cuanto a los inhibidores del TNF (anti-TNF), si bien se ha investigado profusamente su papel en la fertilidad y durante el embarazo, sus efectos sobre la función sexual siguen siendo

poco conocidos. En 2015, Dong y colaboradores publicaron un estudio realizado en pacientes con espondilitis anquilosante y tratados con anti-TNF; según sus observaciones, al mejorar de la actividad de la enfermedad, los sujetos mejoraban también en su actividad sexual⁵⁹. Hasta la fecha no hay datos disponibles sobre la disfunción sexual para los productos biológicos no anti-TNF.

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN

CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

La sexualidad es una experiencia subjetiva sobre la que cada persona tiene su propio concepto, una experiencia que se halla estrechamente vinculada a las emociones, a la propia imagen corporal y a la autoconciencia. Sufrir de problemas sexuales es el resultado de un desajuste entre la vida sexual deseada y la experimentada. Como se ha venido comentando a lo largo del libro, los problemas sexuales en las enfermedades reumáticas pueden atribuirse tanto a problemas físicos como a un componente psicológico.

En la atención del paciente reumático se da una falta de comunicación en lo que concierne a la sexualidad⁶⁰, y los pacientes refieren no haber recibido información sobre los efectos que puede producir la enfermedad en el funcionamiento sexual, ni tampoco sobre los potenciales efectos adversos que pueden tener algunos tratamientos⁶¹. Existen barreras por parte de los pacientes: bien por inseguridad para exponer el problema, bien por considerar que la sexualidad no es una enfermedad, bien por miedo a un posible juicio negativo por parte del médico o bien por creer que no hay nada que pueda hacerse en este ámbito⁶¹. Y también existen barreras por parte de los profesionales de la salud: por no sentirse cómodos con estas cuestiones, por falta de tiempo, por vergüenza o por sus propios conflictos; por pensar que no tienen capacidad para abordar el problema, o que los pacientes (especialmente los de mayor edad) no están interesados en el tema y que ese aspecto es responsabilidad de otro facultativo²⁵. Es un tema que no suele abordarse habitualmente en las consultas a menos que el paciente inicie la conversación⁶², y tampoco se hace referencia a él en los cuestionarios utilizados para valorar la calidad de vida relacionada con la salud^{63,64}.

En el estudio realizado en el Reino Unido por Hill y colaboradores, el 66 % de los pacientes declaraban que nunca habían hablado en las consultas sobre las repercusiones de la enfermedad en su vida sexual, a pesar de que padecían una AR de larga evolución; la mala comunicación constituía un problema importante, ya que los pacientes se mostraban reacios a acercarse a los profesionales de la salud, y viceversa⁶⁰.

En otro estudio, realizado también en el Reino Unido con mujeres con síndrome de Sjögren³², las pacientes referían que los facultativos nunca se habían interesado por su problemática sexual. Los problemas de comunicación eran mutuos, con dificultad para hablar sobre la sexualidad, tanto con los profesionales de la salud como con las respectivas parejas.

48

La actividad sexual también se ha visto comprometida en pacientes con artrosis de cadera que temían por la articulación afectada, pero también aquí se produce una gran brecha en la comunicación²¹. La mayoría de los pacientes habrían agradecido algunos consejos sobre este aspecto, pero muy pocos los habían recibido y, a su vez, nunca ellos lo habían comentado con sus médicos.

Las recomendaciones pueden realizarse a través de los propios profesionales (médicos de familia, médicos del hospital, trabajadores sociales o enfermeras) o a través de folletos. En general, los pacientes prefieren el asesoramiento de sus especialistas, ya que creen que son los que mayor conocimiento tienen de su enfermedad²¹. Los sujetos intervenidos de una prótesis de cadera consideran que los cirujanos estarían en la mejor situación para aconsejar, por ejemplo, sobre los riesgos de dañar durante el coito la articulación intervenida²¹.

Uno de los aspectos considerados como vitales para la comunicación es el de disponer de tiempo suficiente en las consultas. Evidentemente, cualquier tipo de asesoramiento tiene que realizarse con tacto y discreción, y es importante para los pacientes poder contar con el conocimiento, la experiencia y las habilidades de los profesionales de la salud sobre temas sexuales⁶¹.

CON LA PAREJA

Se aman, y cuanto más se aman más sexual es la relación entre ellos. Se trata, por tanto, de una mezcla de sensaciones y emociones. [...] No es lo más fácil.

MICHEL HOUELLEBECO (*Intervenciones*)

La intimidad resulta de una combinación de cercanía, relación, apego, cariño, confianza, lealtad y amistad. La falta de comunicación y comprensión de la enfermedad por parte de la pareja —o, en ocasiones, un excesivo temor del cónyuge a infligir dolor al paciente— puede ser otro aspecto que dificulta las relaciones sexuales en los pacientes con enfermedades reumáticas^{33,60}. Desafortunadamente, a menudo no se comparten entre la pareja las inquietudes sexuales, y en ocasiones existe una negación de las necesidades y preferencias sexuales debido a los síntomas de la enfermedad³⁴.

Los problemas sexuales pueden disuadir al paciente de practicar el coito, lo que a su vez lleva a la pérdida de interés por parte de la pareja; la falta de honestidad, de compasión y de empatía, y la falta de voluntad por participar en el juego sexual va a interferir negativamente en la relación. Por el contrario, cuando se acepta la enfermedad y se consideran las relaciones sexuales como una oportunidad de liberar emociones, una ex-

perencia alegre que produce placer y felicidad, se aliviarán tensiones en la relación de pareja. También hay que tener en cuenta otras experiencias físicas y emocionales, como acariciar, mostrar amor, ternura y cercanía, «estar ahí» para la otra persona, cuidar de él, sentirse atraído y amado por el sexo opuesto, cuidar del otro...

Es importante aceptar los cambios que se van produciendo en las sucesivas fases de la vida, por el curso de la propia enfermedad o por el envejecimiento⁷.

ABORDAJE
DE LA SEXUALIDAD
EN LAS
CONSULTAS



La sexualidad y las relaciones íntimas se han ignorado en gran medida en la atención del paciente reumático⁶¹. Como decíamos antes, el tema no suele abordarse en las consultas⁶², apenas existe información en nuestro medio acerca de la prevalencia de las disfunciones sexuales en las enfermedades reumáticas, y tampoco se hace referencia a la materia en los cuestionarios utilizados para valorar la calidad de vida relacionada con la salud^{63,64}.

La evaluación de los problemas sexuales requiere instrumentos válidos y fiables y que sean fáciles de aplicar⁶⁵. En este sentido, se ha desarrollado en Francia un cuestionario (Qualisex) con 10 preguntas sencillas sobre salud sexual en pacientes con AR, que ha sido validado en población del país vecino⁶⁶ y que está en vías de validación en nuestro país. El cuestionario Qualisex ha sido traducido y adaptado al español por un grupo argentino para ser utilizado en la espondiloartritis axial⁶⁷. En su validación han participado 50 pacientes (40 de ellos, hombres), de los cuales 35 estaban afectados de espondilitis anquilosante, 14 sufrían espondiloartritis axial asociada a artritis psoriásica y uno presentaba espondiloartritis axial no radiográfica. Una limitación de este trabajo es el escaso número de participantes y, aunque no está claro cuál debería ser el tamaño de la muestra en este tipo de estudios, en general se considera criticable la validación cuando el número de pacientes es inferior a cien.

También en Francia se ha desarrollado en este último año un cuestionario, aún pendiente de validar, para evaluar la influencia de la psoriasis y de la artritis psoriásica en la percepción de la sexualidad por parte de los pacientes⁶⁸.

La naturaleza subjetiva de la sexualidad tiene implicaciones para el médico que está tratando al paciente, que deben ser com-

prendidas y respondidas en la consulta cuando se plantean problemas sexuales. Y para estar en disposición de responder a emociones complejas de la persona, como la vergüenza, es esencial que los médicos o los profesionales de la salud estén bien informados, que sean capaces de escuchar activamente y con atención y que respeten sin juzgarlas las prácticas sexuales de cada uno. Además, los médicos deben estar en condiciones de reconocer que algunos síntomas, como molestias de distinto grado en el suelo pélvico, y determinados patrones de comportamiento, como el recurso a ciertos analgésicos y/o fármacos psicotrópicos, pueden estar asociados con el abuso sexual o la violencia de pareja⁶⁹.

54

Existen técnicas de comunicación que pueden utilizarse para que el paciente, si así lo desea, tenga la oportunidad de hablar sobre su sexualidad mediante preguntas abiertas para establecer cuáles son sus preocupaciones reales (actividad sexual actual o deseo de ser sexualmente activo). Dentro de las limitaciones de tiempo de una consulta médica hay que alentarle a contar su historia con sus propias palabras y a su ritmo, y evitar hacer preguntas dirigidas que puedan invadir su privacidad. Ahora bien, si el paciente es evasivo al respecto, se pueden abordar temas más generalizados, como la influencia de su enfermedad en la relación de pareja. En todo caso, es importante recalcar la conveniencia de que si en algún momento el sujeto tiene cualquier problema sexual lo comunique abiertamente, ya que la propia enfermedad o algunos tratamientos pueden interferir en sus relaciones íntimas.

Con la información obtenida, se puede establecer una primera aproximación al problema: apatía ante las relaciones, eyaculación precoz o disfunción eréctil, falta de estimulación por parte de la pareja, dificultad para la excitación, problemas en la apa-

riencia, dolor durante las relaciones sexuales... Se tiene que fomentar una comunicación abierta y honesta entre el paciente, el médico y su pareja —si es el caso— en relación con las necesidades y preocupaciones sexuales.

El médico puede comentar con el paciente y la pareja las diferentes opciones terapéuticas disponibles: tratamientos hormonales, apoyo psicológico, consultas de sexualidad..., y siempre permitiendo que el paciente haga preguntas y comentarios. Evidentemente, cualquier tipo de recomendación debe proponerse con tacto y discreción⁶¹.

La colaboración entre médico y paciente es ideal a la hora de decidir el tratamiento, o combinación de tratamientos, más efectivo, seguro y adaptado al sistema de valores y condición de vida.

La posibilidad de disponer de cuestionarios autoadministrados y validados en nuestro país puede favorecer la comunicación médico-paciente y permitirán evaluar, tanto en la práctica clínica como en investigación, este importante factor de calidad de vida⁷⁰.

RECOMENDACIONES

Para que la sexualidad de un individuo sea satisfactoria, para él y para las personas que le acompañan, es necesario que se le faciliten aquellas condiciones que permitan unas vivencias placenteras que no solo afecten a los genitales sino que tengan en cuenta otros aspectos, como el conocimiento del propio cuerpo, las fantasías y los deseos.

Inicialmente se debería conseguir una buena comunicación: por un lado, evaluando cuál es el nivel actual de actividad sexual del paciente y su pareja, así como la importancia del sexo en la relación; y, por otro, abordando cuáles son los problemas —y las perspectivas—, para poder planear la actividad sexual de acuerdo con los factores implicados, como el deseo, los problemas de salud, los fármacos y la condición física. La sexualidad se manifiesta de forma diferente durante la adolescencia, la vida adulta o la tercera edad, pero en todas las etapas es igual de importante.

El tratamiento va a depender de los diferentes síntomas del paciente, y diversos recursos pueden orientarle y ayudarle. Así, los folletos informativos sobre problemas sexuales pueden facilitar la comunicación; también la derivación a un especialista que pueda ofrecer un asesoramiento más específico puede ser beneficiosa y tranquilizadora. Existen entidades que brindan asesoramiento y orientación sexual a personas con diversidad funcional y que organizan conferencias en torno a temas como el conocimiento corporal, los problemas de pareja, la falta de deseo, las disfunciones sexuales —falta de erección, eyaculación precoz, vaginismo, anorgasmia—, la maternidad en la discapacidad y otros.

Es fundamental la comunicación con la pareja sobre los sentimientos, deseos, juegos y necesidades sexuales. Hay que reco-

nocer la importancia de los mimos, las caricias y cualquier contacto físico, y es bueno hablar sobre el miedo a causar dolor o angustia durante las relaciones sexuales. El dominio de técnicas eróticas puede desempeñar un papel destacado en la satisfacción mutua y, sin duda, ayudará a establecer una armoniosa sincronía entre las dos personas.

CONSEJOS PRÁCTICOS

Hay sociedades científicas y fundaciones de pacientes que tienen en sus portales web apartados sobre recomendaciones para pacientes en relación con la sexualidad⁷¹⁻⁷³.

60

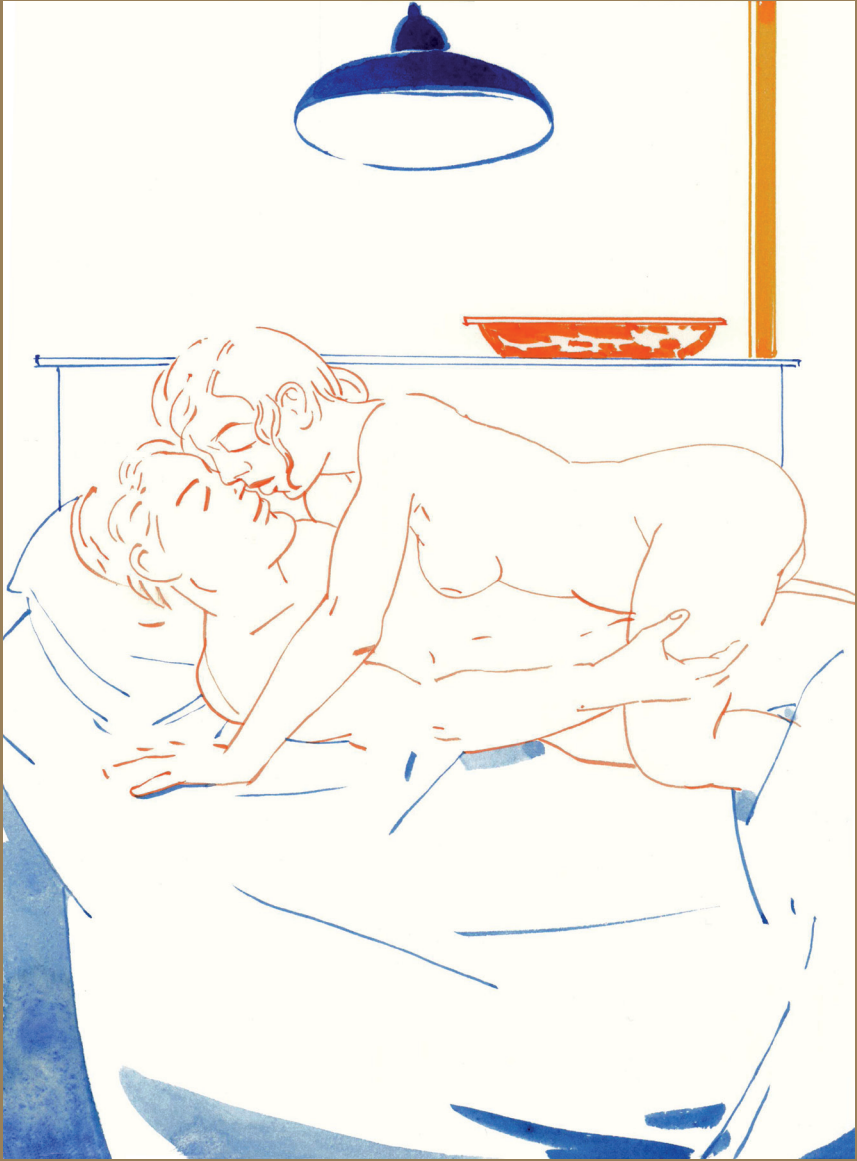
Como consejos prácticos, se deberían evitar las temperaturas frías tomando una ducha o baño caliente, o utilizar una manta eléctrica para alcanzar una temperatura corporal agradable antes de la actividad sexual. Lo ideal es estar descansado y relajado, tomar medicación contra el dolor 30 minutos antes de las relaciones y aplicarse gel lubricante íntimo o cremas de estrógenos para minimizar las molestias durante el coito en caso de dispareunia o sequedad vaginal. Hay que evitar el tabaco y el alcohol. En casos de disfunción eréctil se pueden utilizar, si no están contraindicados y siempre bajo indicación médica, inhibidores de la fosfodiesterasa de tipo 5²⁹. En pacientes con dificultad para adoptar ciertas posiciones debido a limitaciones de la movilidad o por rigidez, se pueden recomendar las posiciones sexuales que resulten más cómodas y eficaces contra el dolor^{5,49,74}. Del mismo modo que se usan dispositivos para ayudar en la cocina o en el trabajo, también se pueden recomendar dispositivos útiles para el sexo. Y depositar la máxima confianza en los profesionales de la salud.

POSICIONES
SEXUALES
RECOMENDADAS

La mujer, en decúbito supino. El hombre, apoyado en sus manos y rodillas. Posición recomendada para hombres y mujeres con problemas de cadera, incluidos los portadores de prótesis total de cadera, y también en mujeres con problemas de rodillas y de espalda^{49,74}. Debería evitarse en hombres con dolor lumbar intolerantes a la flexión y a la extensión del tronco⁵³.



El hombre, en decúbito supino. La mujer, arrodillada, sostiene el propio peso en brazos y rodillas. Posición recomendada para hombres con problemas de caderas y rodillas⁷⁴. No recomendada para mujeres con artroplastia de cadera⁴⁹.



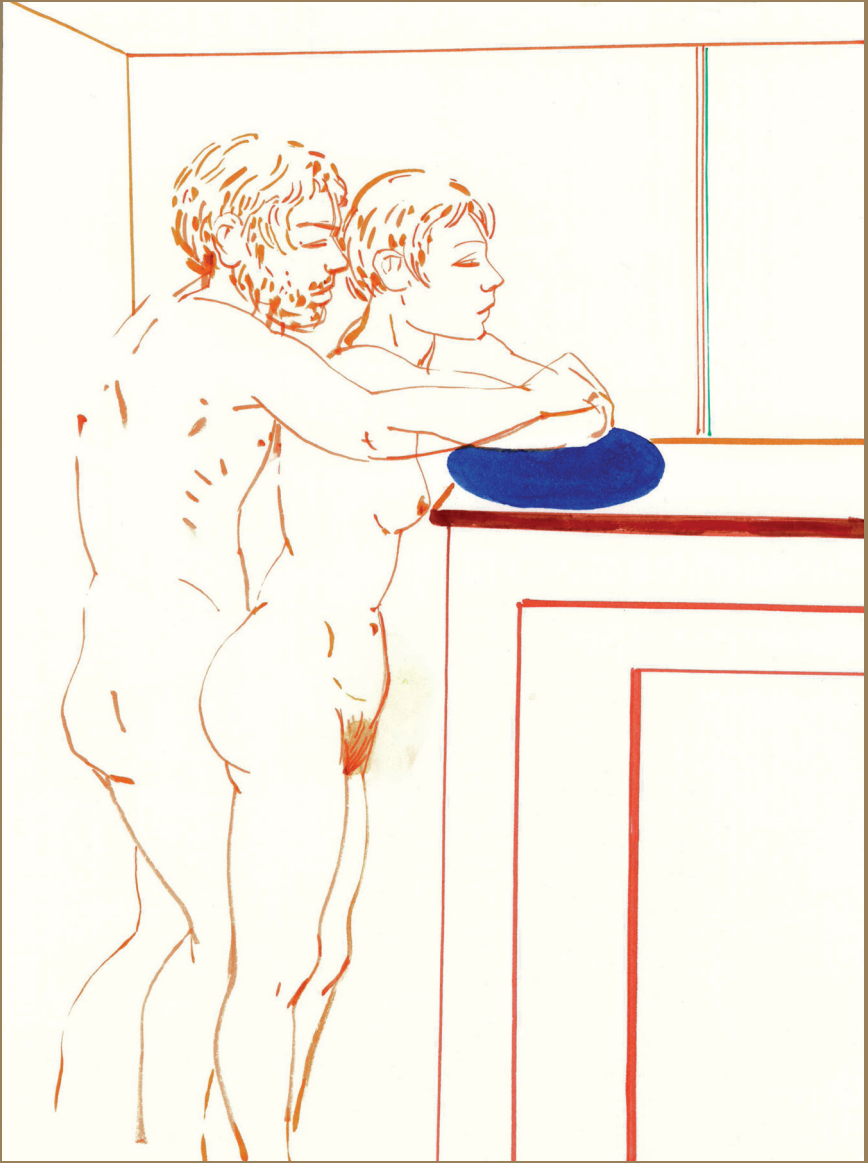
Ambos se colocan en decúbito lateral, con el hombre por detrás. Posición recomendada tanto para hombres como para mujeres con dolores articulares en miembros superiores e inferiores⁷⁴. Esta posición puede exacerbar el dolor lumbar en hombres con dolor lumbar intolerantes a la flexión y en mujeres intolerantes a la extensión^{52,53}.



La mujer, en decúbito supino con las rodillas flexionadas y perpendicular a la pareja, y el hombre, en decúbito lateral. Posición recomendada para pacientes con restricciones en la movilidad de caderas y rodillas⁷⁴; no recomendada en mujeres con prótesis de cadera⁴⁹.



Ambos están de pie, el hombre por detrás. Posición recomendada en pacientes que tengan dificultad para mantenerse boca abajo o de rodillas⁷⁴. Es la posición más recomendada para ambos sexos en caso de artroplastia de caderas^{49,75}.



La mujer, de rodillas, apoyada en la cama. El hombre, por detrás. Recomendada en mujeres con problemas de cadera⁷⁴. Postura no recomendada en personas con cirugía de rodillas reciente. Esta postura puede agravar el dolor lumbar en mujeres intolerantes a la extensión⁵².



EPÍLOGO

La sociedad evoluciona, quizá a mayor velocidad en el mundo desarrollado. Como consecuencia de esta evolución, aparecen nuevos problemas, nuevos elementos de preocupación e interés que nos afectan directamente; y uno de ellos, de crucial importancia para la salud integral de la persona, es el de la sexualidad.

Por ello, de entre las distintas vertientes de la salud humana que de alguna manera se ven afectadas por las enfermedades reumáticas y sus tratamientos, este libro ha querido hacer hincapié precisamente en la de la actividad sexual, dejando aparte otras como la fertilidad, la reproducción, la lactancia, etc., que, aun siendo muy relevantes, serían materia para otro libro.

Para entender la sexualidad en el contexto de las enfermedades crónicas, se han examinado aquellos cuadros patológicos que por su alta prevalencia pueden presentarse también en los pacientes con enfermedades reumáticas. Además, se ha dedicado un capítulo a repasar la evidencia científica acerca de la influencia en la sexualidad de los fármacos utilizados en las enfermedades crónicas, con especial atención a los antiinflamatorios no esteroideos, por ser los más utilizados en el tratamiento de las enfermedades musculoesqueléticas, y a los llamados fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad.

Las enfermedades reumáticas no deberían suponer impedimento alguno para disfrutar de unas relaciones sexuales satisfactorias. Hay que recordar que la parte más atractiva del cuerpo es la mente y que la actitud lo es todo.

BIBLIOGRAFÍA

-
1. World Health Organization. Sexual health document series. Geneva: WHO; 2006.
 2. Steinke EE. Sexuality and chronic illness. *J Gerontol Nurs.* 2013; 39(11):18-27.
 3. Wylie KR, Wood A, McManus R. Sexuality and old age. *Bundesgesundheitsbl.* 2013;56:223-30.
 4. Prins J, Blanker MH, Bohnen MA, Thomas S, Bosch JLHR. Prevalence of erectile dysfunction: a systematic review of population-based studies. *Int J Impotence Res.* 2002;14:422-32.
 5. Elst P, Sybesma T, Van der Stadt RJ, Prins AP, Muller WH, Den Butter A. Sexual problems in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum.* 1984;27:217-20.
 6. Abdel-Nasser AM, Ali EI. Determinants of sexual disability and dissatisfaction in female patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2006;25:822-30.
 7. Josefsson KA, Gard G. Women's experiences of sexual health when living with rheumatoid arthritis: an explorative qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2010;11:240.
 8. Helland Y, Kjekken I, Steen E, Kvien TK, Hauge MI, Dagfinrud H. Rheumatic diseases and sexuality: disease impact and self-management strategies. *Arthritis Care Res.* 2011;63(5):743-50.
 9. Xibillé-Friedmann D, Álvarez-Fuentes M, Flores-Flores G, Gudiño-Quiroz J, Cruz-Valdez A. Percepción de la sexualidad en pacientes con enfermedades reumáticas: estudio piloto de casos y controles. *Reumatol Clin.* 2005;1(1):20-4.
 10. Van Berlo WTM, Van de Wiel HBM, Taal E, Rasker JJ, Weijmar Schultz WCM, Van Rijswijk MH. Sexual functioning of people with rheumatoid arthritis: a multicenter study. *Clin Rheumatol.* 2007;26: 30-8.
 11. Isik H, Isik M, Aynioglu O, Karcaaltincaba D, Sahbaz A, Beyazcicek T, et al. Are the women with Sjögren's syndrome satisfied with their sexual activity? *Rev Bras Reumatol.* 2017;57:210-6.

-
12. Maddali Bongi S, Del Rosso A, Orlandi M, Matucci-Cerinic M. Gynaecological symptoms and sexual disability in women with primary Sjögren' syndrome and sicca syndrome. *Clin Exp Rheumatol*. 2013;31(5):683-90.
 13. Priori R, Minniti A, Derme M, Antonazzo B, Brancatisano F, Ghirini S, et al. Quality of sexual life in women with primary Sjögren syndrome. *J Rheumatol*. 2015;42:1427-31.
 14. García Morales M, Callejas Rubio JL, Peralta-Ramírez MI, Henares Romero LJ, Ríos Fernández R, Camps García MT, et al. Impaired sexual function in women with systemic lupus erythematosus: a cross-sectional study. *Lupus*. 2013;22(10):987-95.
 15. Yin R, Xu B, Li L, Fu T, Zhang L, Zhang Q, et al. The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(27):e7162.
 16. Levis B, Burri A, Hudson M, Baron M, Thombs BD; Canadian Scleroderma Research Group (CSRG). Sexual activity and impairment in women with systemic sclerosis compared to women from a general population sample. *PLoS One*. 2012;7(12):e52129.
 17. Levis B, Hudson M, Knafo R, Baron M, Nielson WR, Hill M, et al.; Canadian Scleroderma Research Group (CSRG). Rates and correlates of sexual activity and impairment among women with systemic sclerosis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(3):340-50.
 18. Pirildar T, Müezzinoğlu T, Pirildar S. Sexual function in ankylosing spondylitis a study of 65 men. *J Urol*. 2004;171(4):1598-600.
 19. Healey EL, Haywood KI, Jordan KP, Garratt AM, Ryan S, Packham JC. Ankylosing spondylitis and its impact on sexual relationships. *Reumatol*. 2009;48:1378-81.
 20. Kurizky PS, Henrique da Mota LM. Sexual dysfunction in patients with psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review. *Rev Bras Reumatol*. 2012;52(6):938-48.
 21. Currey HLF. Osteoarthritis of the hip joint and sexual activity. *Ann Rheum Dis*. 1970;29:488-93.

-
22. Lavernia CJ, Villa JM. High rates of interest in sex in patients with hip arthritis. *Clin Orthop Relat Res.* 2016;474:293-9.
 23. Horst PK, Khanna K, Racine L, Theologjs, A, Zhao W, Lurie J, et al. Sex-life and impact of operative intervention on sex-life related pain in degenerative spinal conditions: an analysis of the SPORT study. *Spine.* 2016;41(22):1764-71.
 24. Favalli EG, Biggioggero M, Crotti CH, Becciolini A, Raimondo MG, Meroni PL. Sex and management of rheumatoid arthritis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2018;9:275-84.
 25. Tristano AG. The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatol Int.* 2009;29:853-60.
 26. Skopouli FN, Papanikolaou S, Malamou-Mitsi V, Papanikolaou N, Moutsopoulos HM. Obstetric and gynaecological profile in patients with primary Sjögren syndrome. *Ann Rheum Dis.* 1994;53:569-73.
 27. Tristano AG. Impact of rheumatoid arthritis on sexual function. *World J Orthop.* 2014;5(2):107-11.
 28. Keller JJ, Lin HC. A population based study on the association between rheumatoid arthritis and erectile dysfunction. *Ann Rheum Dis.* 2012;71:1102-3.
 29. De Avila Lima Souza L, Gallinaro AL, Abdo CH, Kowalski SC, Suehiro RM, Da Silva CA, et al. Effect of musculoskeletal pain on sexuality of male adolescents and adults with juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol.* 2009;36:1337-42.
 30. Packham JC, Hall MA. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: education and employment. *Rheumatology (Oxford).* 2002;41:1440-3.
 31. Van Nimwegen JF, Arends S, Van Zuiden GS, Vissink A, Frans GM, Kroese FGM, et al. The impact of primary Sjögren's syndrome on female sexual function. *Rheumatology.* 2015;54:1286-93.
 32. Al-Ezzi MY, Pathak N, Tappuni AR, Khan KS. Primary Sjögren's syndrome impact on smell, taste, sexuality and quality of life in

female patients: a systematic review and meta-analysis. *Mod Rheumatol*. 2017;27:623-9.

33. Ostensen M. New insights into sexual functioning and fertility in rheumatic diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2004;18(2): 219-32.
34. Ostensen M. Sexual and reproductive health in rheumatic disease. *Nat Rev Rheumatol*. 2017;13(8):485-93.
35. Tseng JC, Lu LY, Hu JC, Wang LF, Yen LJ, Whu HC, et al. The impact of systemic lupus erythematosus on women's sexual functioning. *J Sex Med*. 2011;8:3389-97.
36. Levis B, Burri A, Hudson M, Baron M, Thombs BD. Sexual activity and impairment in women with systemic sclerosis compared to women from a general population sample. *PLoS ONE*. 2012;7(12): e52129.
37. Bruni C, Raja J, Denton CP, Matucci-Cerinic M. The clinical relevance of sexual dysfunction in systemic sclerosis. *Autoimmun Rev*. 2015;14(12):1111-5.
38. Molina-Leyva A, Salvador-Rodríguez L, Martínez-López A, Ruiz-Carrascosa JC, Arias-Santiago S. Association between psoriasis and sexual and erectile dysfunction in epidemiologic studies. *JAMA Dermatol*. 2019;155(1):98-106.
39. Santana T, Skare T, Delboni VS, Simione J, Campos APB, Nisihara R. Erectile dysfunction in ankylosing spondylitis patients. *Int Braz J Urol*. 2017;43(4):730-5.
40. Fan D, Liu L, Ding N, Liu S, Hu Y, Cai G, et al. Male sexual dysfunction and ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. *J Rheumatol*. 2014;42(2):252-7.
41. Liu CC, Lin YC, Lo CP, Chang TP. Cauda equina syndrome and dural ectasia: rare manifestations in chronic ankylosing spondylitis. *Br J Radiol*. 2011;84(1002):e123-5.
42. Berg KH, Rohde G, Prøven A, Almås E, Benestad EEP, Østensen M, et al. Exploring the relationship between demographic and

-
- disease-related variables and perceived effect of health status on sexual activity in patients with axial spondyloarthritis: associations found only with non-disease variables. *Scand Rheumatol*. 2017; 46(6):461-7.
43. Molina-Leyva A, Jiménez-Monleón JJ, Naranjo-Sintes R, Ruiz-Carrascosa JC. Sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29(4):649-55.
44. Cabete J, Torres T, Vilarinho T, Ferreira A, Selores M. Erectile dysfunction in psoriasis patients. *Eur J Dermatol*. 2014;24(4): 482-6.
45. Laffosse JM, Tricoire JL, Chiron P, Puget J. Sexual function before and after primary total hip arthroplasty. *Joint Bone Spine*. 2008; 75:189-94.
46. Issa K, Pierce TP, Brothers A, Festa A, Scillia AJ, Mont MA. Sexual activity after total hip arthroplasty: a systemic review of the outcomes. *J Arthroplasty*. 2017;32(1):336-40.
47. Harmsen RThE, Tsjitske M, Haanstra TM, Sierevelt IN, Jansma EP, Nolte PA, et al. Does total hip replacement affect sexual quality of life? *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17:198.
48. Meiri R, Rosenbaum TY, Kalichman L. Sexual function before and after total hip replacement: narrative review. *Sex Med*. 2014;2: 159-67.
49. Charbonnier C, Chaguë S, Ponzoni M, Bernardoni M, Hoffmeyer P, Christofilopoulos P. Sexual activity after total hip arthroplasty: a motion capture study. *J Arthroplasty*. 2014;29(3):640-7.
50. Kazarian GS, Lonner JH, Hozack WJ, Woodward L, Chen AF. Improvements in sexual activity after total knee arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2017;32(4):1159-63.
51. Nunley RM, Nam D, Bashyal RK, Della Valle CJ, Hamilton WG, Berend ME, et al. The impact of total joint arthroplasty on sexual function in young, active patients. *J Arthroplasty*. 2015;30(2): 335-40.

-
52. Sidorkewicz N, McGill ST. Documenting female spine motion during coitus with a commentary on the implications for the low back pain patient. *Eur Spine J.* 2015;24(3):513-20.
 53. Sidorkewicz N, McGill ST. Male spine motion during coitus. *Spine.* 2014;39:1633-9.
 54. Semet M, Paci M, Saïas-Magnan J, Metzler-Guilemain C, Boissier R, Leujene H, et al. the impact of drugs on male fertility: a review. *Andrology.* 2017;5:640-63.
 55. Hamed SA. Sexual dysfunctions induced by pregabalin. *Clin Neuropharmacol.* 2018;41(4):116-22.
 56. Gleason JM, Slezak JM, Jung H, Reynolds K, Van den Eeden SK, Haque R, et al. Regular nonsteroidal anti-inflammatory drug use and erectile dysfunction. *J Urol.* 2011;185:1388-93.
 57. Shiri R, Koskimäki J, Häkkinen J, Tammela TLJ, Auvinen A, Hakama M. Effect of nonsteroidal anti-inflammatory drug use on the incidence of erectile dysfunction. *J Urol.* 2006;175:1812-6.
 58. Patel DP, Schenk JM, Darke A, Myers JB, Brant WO, Hotaling JM. Non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID) use is not associated with erectile dysfunction risk: results from the Prostate Cancer Prevention Trial. *BJU Int.* 2016;117:500-6.
 59. Dong X, Zheng Y, Shi TH, Liu HY. Effects of tumor necrosis factor-alpha on sexual activity of male patients with ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol.* 2015;34(5):915-20.
 60. Hill J, Bird H, Thorpe R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatol.* 2003;42:280-6.
 61. Helland Y, Dagfinrud H, Haugen MI, Kjekken I, Zangi H. Patients' perspectives on information and communication about sexual and relational issues in rheumatology health care. *Musculoskeletal Care.* 2017;15(2):131-9.
 62. Helland Y, Garratt A, Kjekken I, Kvien TK, Dagfinrud H. Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: results of a survey of health professionals. *Scand J Rheumatol.* 2013;42:20-6.

-
63. Gossec L, Paternotte S, Aanerud GJ, Balanescu A, Boumpas DT, Carmona L, et al. Finalization and validation of the rheumatoid arthritis impact of disease score, a patient-derived composite measure of impact of rheumatoid arthritis: a EULAR initiative. *Ann Rheum Dis*. 2011;70:935-42.
 64. Esteve-Vives J, Batlle-Gualda E, Reig A; Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española. Spanish version of the Health Assessment Questionnaire (HAQ): reliability, validity and transcultural equivalency. *J Rheumatol*. 1993;20:2116-22.
 65. Sierra JC, Vallejo-Medina P, Santos-Iglesias P, Lameiras M. Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. *Aten Primaria*. 2012;44(9):516-26.
 66. Gossec L, Solano C, Paternotte S, Beauvais C, Guadin P, Von Krause G, et al. Elaboration and validation of a questionnaire (Qualisex) to assess the impact of rheumatoid arthritis on sexuality with patient involvement. *Clin Exp Rheumatol*. 2012;30:505-13.
 67. Sommerfleck FA, Schneeberger EE, Orozco MC, Zamora N, Landi M, Citera G. Validation and cultural adaptation of the qualisex questionnaire in patients with axial spondyloarthritis in Argentina. *Rheumatol Int*. 2018;38(11):2103-9.
 68. Esteve E, Maccari F, Delavierre D, Vicariot C, Charles B, Marty M, et al. Preliminary development of a questionnaire assessing the impact of psoriasis and psoriatic arthritis on patient's perception of sexuality. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(42):e12807.
 69. Brandenburg U, Bitzer J. The challenge of talking about sex: the importance of patient-physician interaction. *Maturitas*. 2009;63:124-7.
 70. Romera-Baures M. Sexualidad y enfermedades reumáticas. *Rheumatol Clin*. 2018;14(3):125-6.
 71. Arthritis Foundation. Sexualidad y salud [Internet]. [Última consulta: 23-01-2018]. Disponible en: espanol.arthritis.org/espanol/salud-y-vida/relaciones/relaciones-sexo-intimidad

72. American College of Rheumatology. Sexo y artritis [Internet]. [Última consulta: 23-01-2018]. Disponible en: www.rheumatology.org/1-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Living-Well-with-Rheumatic-Disease/Sexo-y-Artritis
73. Arthritis Research UK. Sex and arthritis [Internet]. [Última consulta: 23-01-2018]. Disponible en: www.arthritisresearchuk.org/arthritis-information/arthritis-today-magazine/163-winter-2014/sex-and-arthritis.aspx
74. Almeida PH, Castro Ferreira CD, Kurizky PS, Muniz LF, Mota LM. How the rheumatologist can guide the patient with rheumatoid arthritis on sexual function. *Rev Bras Reumatol.* 2015;55(5):458-63.
75. Dahm DL, Jacofsky D, Lewallen DG. Surgeons rarely discuss sexual activity with patients after THA: a survey of members of the American Association of Hip and Knee Surgeons. *Clin Orthop Relat Res.* 2004;(428):237-40.