

SEXUALIDAD y SIDA

Dr. José Luis Blanco
Especialista de Infecciones
Hospital Clinic

Temas a abordar

- La disfunción sexual en la infección por VIH: causas y tratamiento
- ¿Es necesario protegerse a pesar de estar infectado?: la reinfección y el riesgo de que esto ocurra
- La importancia de otras ETS en el paciente infectado
- La infección por papilomavirus



WHO declaration of sexual rights in 2002 *

“ ... Incluye el derecho de todos los individuos de conseguir el estándar más alto posible de salud sexual...y perseguir una vida sexual placentera y segura.”

* World Health Organization. Gender and reproductive rights. <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>

Disfunción sexual en mujeres

- ✓ Disminución interés (libido)
- ✓ Aversión actividad sexual
- ✓ Dificultad para la excitación
- ✓ Anorgasmia
- ✓ Dolor sexual o dispareunia

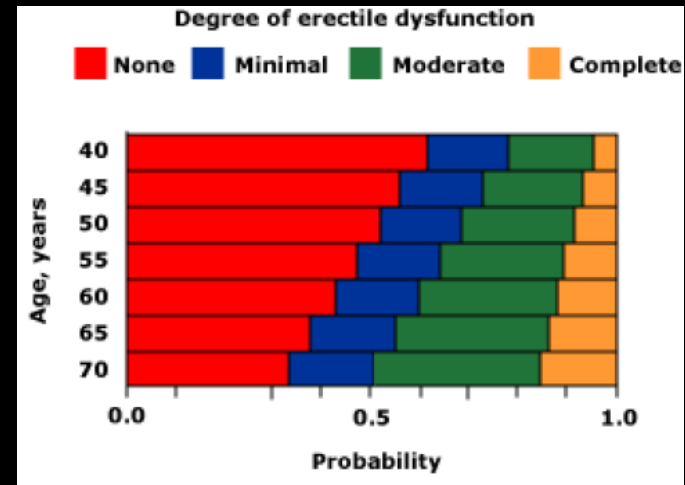


National Sex Attitudes
UK 2000, 11.161 dones

- 54% disfunción sexual mes previo
- 16% disfunción continua últimos 6 m.
- 25% problemas importantes en sus relaciones sexuales

Disfunción sexual en hombres

- ✓ Disminución interés (libido)
- ✓ Trastornos de la eyaculación
 - ✓ Eyaculación precoz
 - ✓ Eyaculación retardada
- ✓ Disfunción erectil



HISTORIA CLÍNICA

- ✓ Baja detección de la disfunción sexual en la anamnesis
- ✓ Turbación por ambas partes al hablar de temas sexuales: diferencias de edad, genero, nivel socio-economico, etc
- ✓ El confort del médico durante la anamnesis es fundamental. La percepción del enfermo ha de ser de: comprensión, aceptación y de ausencia de prejuicios
- ✓ La anamnesis de la disfunción sexual debe evitarse si el médico siente una presión de tiempo.
- ✓ Ambiente de privacidad y confidencialidad. La sexualidad debe plantearse como un tema médico y no personal
- ✓ Terminología usada durante el interrogatorio ha de ser comprendida y aceptada por el enfermo

HISTORIA CLÍNICA

Interrogatorio con preguntas cerradas (*open-ended questions*) y respuestas de “ SI o NO “

- Tienes relaciones sexuales ?
- Si la respuesta es afirmativa: con hombres, mujeres o ambos ?
- Si la respuesta es no: cuando tuviste la última relación sexual ?
- Estas satisfecho con la frecuencia y calidad de tus experiencias sexuales ?
- Tienes más de una pareja sexual ?

Respuestas vagas o dubitativas deben seguirse de un interrogatorio más detallado

Causas de la Disfunción Sexual

- ✓ Factores psicológicos y emocionales:
 - ✓ **Depresión**: disminución de la libido y del interés sexual
 - ✓ Trastorno ansioso durante el sexo en hombres con algún fallo eréctil previo
 - ✓ La fatiga es un frecuente desincentivador de la actividad sexual
 - ✓ La privacidad
 - ✓ **Miedo a contagiar** en los infectados por el VIH
- ✓ Factores hormonales:
 - ✓ **Hipogonadismo** hombre: ↓ libido, erecciones nocturnas pero DE
 - ✓ Hipo e hipertiroidismo, hiperprolactinemia
 - ✓ ↓ estrógenos en mujeres: poca lubricación, atrofia del epitelio vaginal y dispareunia

Causas de la Disfunción Sexual

- ✓ Neuropatía autonómica: diabetes mellitus, **TAR con D4T o DDI**
- ✓ Insuficiencia vascular, la vasocongestión genital es fundamental en ambos sexos: HTA, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, dislipemia
- ✓ **Síndrome metabólico**
- ✓ **Drogas:** alcohol, marijuana, cocaína, heroína
- ✓ Antipertensivos: tiazidas, antagonistas del calcio, inhibidores de la ECA y menos frecuente los betabloqueantes interfieren en la vasocongestión genital.
- ✓ Drogas anticolinérgicas y antihistamínicos inhiben la trasudación vaginal
- ✓ Antiandrogénicos: ketoconazol y espironolactona a dosis altas
- ✓ Bloqueadores H₂ (cimetidina) estimulan la producción de prolactina
- ✓ **Antidepresivos:** Inhibidores de la recaptación de la serotonina, tricíclicos
- ✓ **Fármacos antiretrovirales:** IP ?

En la DE hay aún muchos aspectos controvertidos

Aspectos controvertidos:

- Relevancia de la testosterona y del hipogonadismo en la DE
- Efecto del HAART y de los IP en concreto en la DE
- Relación con la lipodistrofia y el síndrome metabólico

Disfunción eréctil e hipogonadismo en infección VIH

Aspectos controvertidos:

- Relevancia de la testosterona y del hipogonadismo en la DE
- Efecto del HAART y de los IP en concreto en la DE
- Relación con la lipodistrofia y el síndrome metabólico

1998-2002

No cambios hormonales en DE

HAART y IP → DE

2004-2007

Hipogonadismo hasta un 20%

Resultados controvertidos sin evidencia consistente

Lipodistrofia, obesidad y el Síndrome Metabólico se asocian a DE y hipogonadismo

Disfunción sexual y antidepresivos

Treatment-emergent sexual dysfunction
% of patients

Inhibidores recaptación de la serotonina:

- ↓ libido en hombres y mujeres
- Anorgasmia en mujeres
- Disfunción eréctil y eyaculación retardada



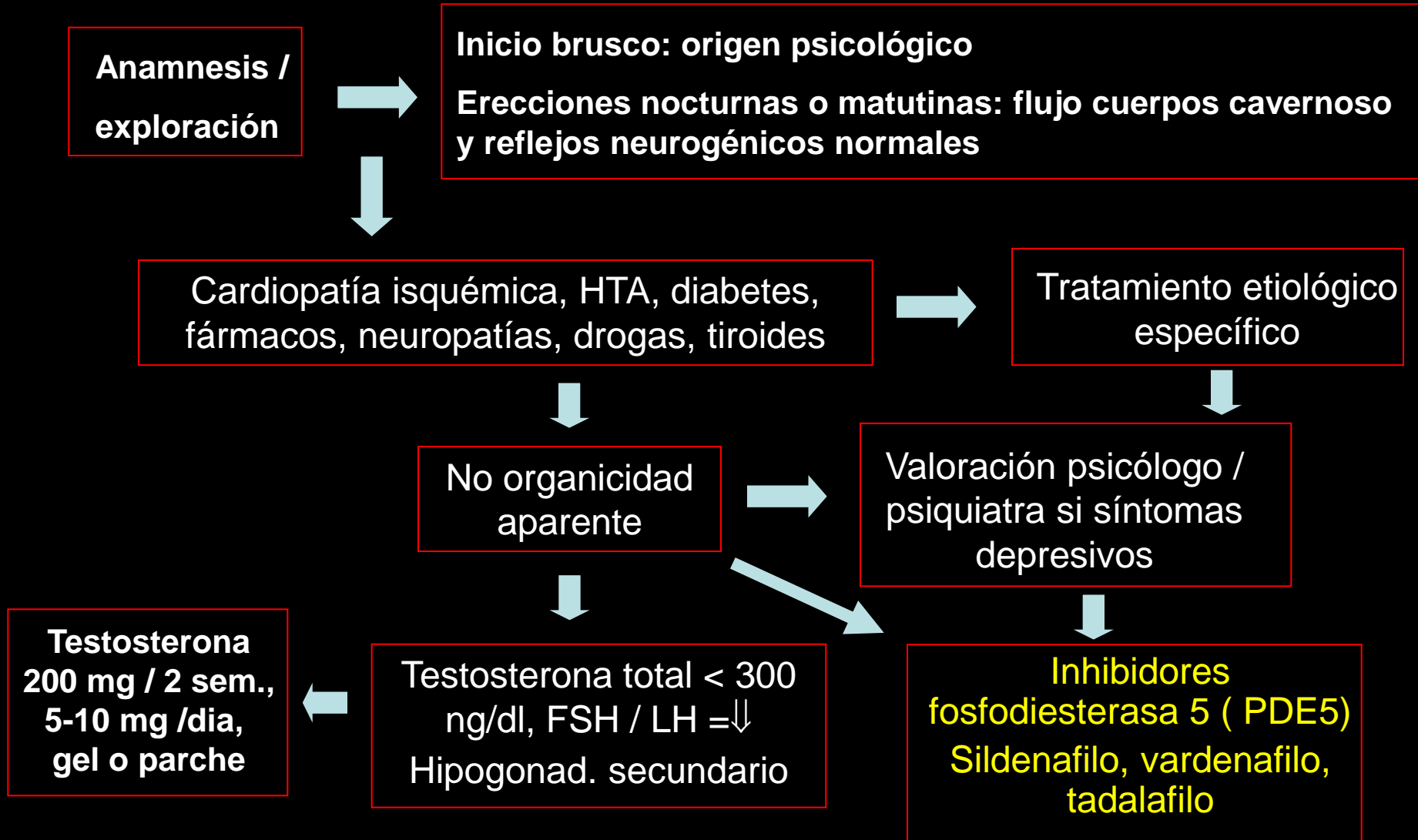
- Disminución de las dosis
- Utilizar otros antidepresivos:
 - Via serotonina y norepinefrina: mirtazapina*, duloxetina, nefazodona
 - Via noradrenalina: serotonina y dopamina: bupropion como terapia adyuvante

32

4)
= 51)
(n = 39) →



Esquema diagnóstico de la disfunción eréctil



Inhibidores de la fosfodiesterasa 5

	Dosis inicial	Rango dosis	Duración	Dosis máxima con IP
Sildenafil (Viagra ®) 25, 50y 100 mg	50 mg	25-100 mg	2-4 h	25 mg/48 h
Vardenafilo (Levitra ®, 5,10 y 20 mg)	10 mg	5-20 mg	2-4 h	2.5 mg/48 h (72 h si ritonavir)
Tardalafilo (Cialis ® , 10 y 20 mg)	10 mg	5-20 mg	36 h	10 mg/72 horas

Prostaglandinas E1: alprostadil en meato MUSE ®,
Caverject ® inyectado en cuerpos cavernosos ...



CONCLUSIONES

- ✓ La disfunción sexual en mujeres y hombres infectados por el VIH es un problema infradetectado y infratratado, con una tasa de prevalencia que dobla el de la población general
 - ✓ Las elevadas tasas de disfunción sexual se relacionan probablemente con la aparición de complicaciones generales como: depresión y su tratamiento con IRS, ansiedad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, dislipemias y síndrome metabólico
 - ✓ El diagnóstico de hipogonadismo secundario en enfermos VIH no es infrecuente por lo que en caso de una disfunción eréctil debe realizarse al menos una determinación de testosterona para descartarlo
-



CONCLUSIONES

- ✓ La relación causal del HAART y en especial de los inhibidores de la proteasa con la DE es equívoca sin que exista una evidencia suficientemente convincente que la sustente
 - ✓ Dada la elevada prevalencia y la complejidad de los enfermos VIH, la detección y la aproximación inicial de la disfunción sexual así como el tratamiento con inhibidores de la fosfodiesterasa debería abordarse desde las propias Unidades de VIH.
-

Temas a abordar

- La disfunción sexual en la infección por VIH: causas y tratamiento
- ¿Es necesario protegerse a pesar de estar infectado?: la reinfección y el riesgo de que esto ocurra

Pedro conoce a **Juan**:
Relaciones no protegidas!!

AZT+3tC+EFV
6 meses

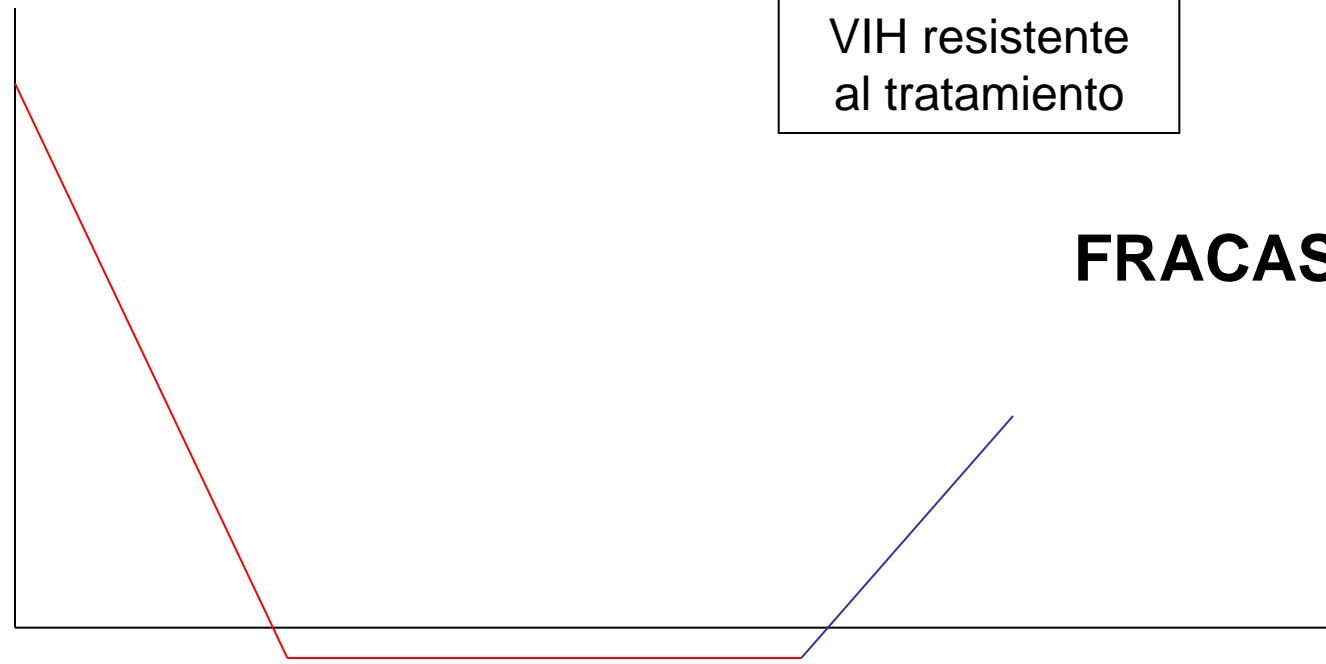
Virus de PEDRO
VIH sensible
CV: alta

VIH sensible
CV: indetectable

Virus de JUAN
VIH muy resistente
a 3TC + EFV
CV alta

MEZCLA:
Virus de PEDRO
+ **Virus de JUAN**
=
VIH resistente
al tratamiento

Virus



FRACASO!!!!

Riesgo de transmisión del VIH

1. Valoración del riesgo:

A. Con riesgo alto (0,8 a 3%)

Recepción anal con eyaculación, sin preservativo

B. Con riesgo intermedio (0,05 a 0,8%)

- Recepción vaginal con eyaculación
- Recepción anal sin eyaculación.
- Recepción vaginal sin eyaculación.
- Penetración anal, sin preservativo
- Penetración vaginal, sin preservativo
- Sexo oro-genital con eyaculación sin preservativo.

C. Riesgo bajo (0,01 a 0,05%)

- Sexo oral sin eyaculación

Valorar ETS, carga viral, presencia de sangre, conocimiento VIH

Temas a abordar

- La disfunción sexual en la infección por VIH: causas y tratamiento
- ¿Es necesario protegerse a pesar de estar infectado?: la reinfección y el riesgo de que esto ocurra
- La importancia de otras ETS en el paciente infectado

CHANCRO ORAL EN LA SIFILIS PRIMARIA

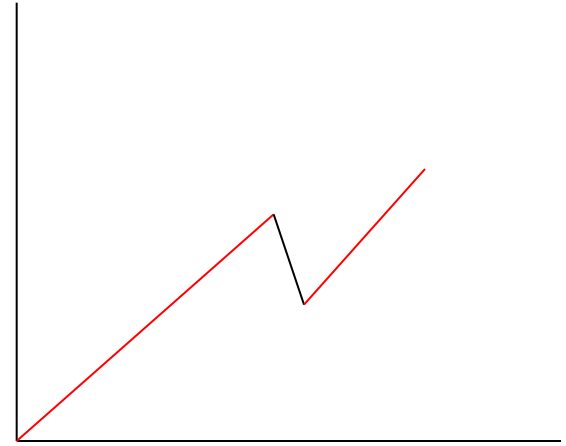


Defensas

AZT+3tC+EFV
6 meses

Virus de PEDRO
VIH sensible
CV: alta

VIH sensible
CV: indetectable



Virus

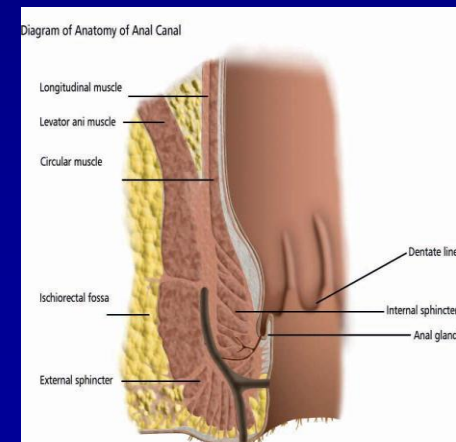
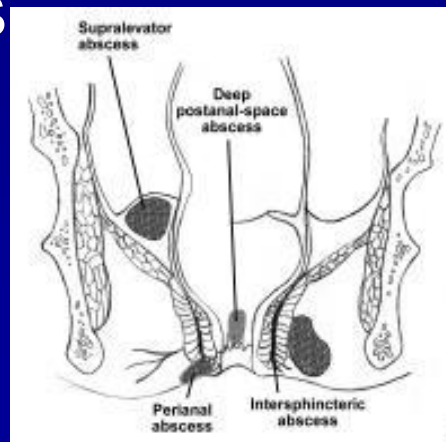
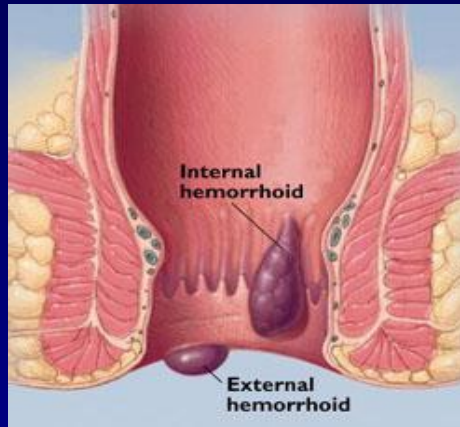


Pedro conoce a **SIFILIS!!!**
Relaciones no protegidas!!

FRACASO!!!!!!

Diagnoses

- Hemorrhoids
- Fissure
- Abscess
- Fistula
- Skin conditions

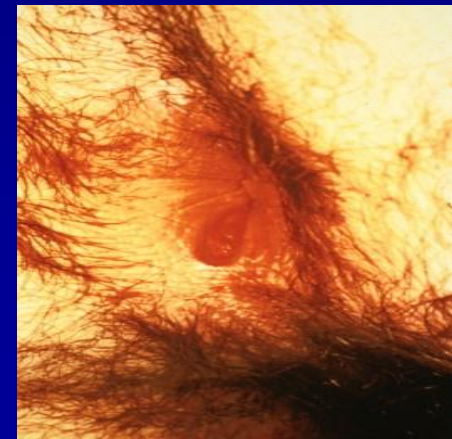
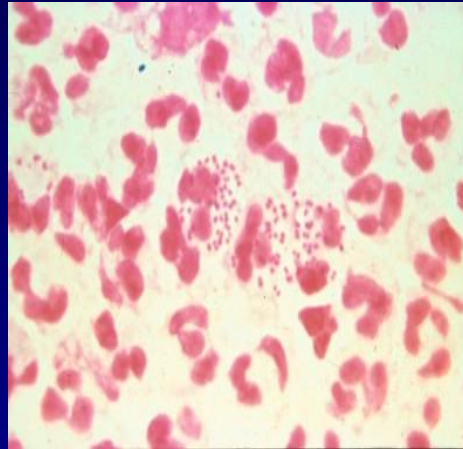


Anorectal Diagnosis And Presentation

Diagnosis	Symptom/s
Fissure	Pain, bleeding
Fistula	Pain, itch, bleeding, discharge, swelling
Hemorrhoids	Pain, itch, bleeding, mass
Eczema	Pain, itch, discharge
Abscess	Pain, bleeding, swelling, discharge
Psoriasis	Pain, itch
Dermatophyte	Pain, itch

Sexually Transmitted Infection

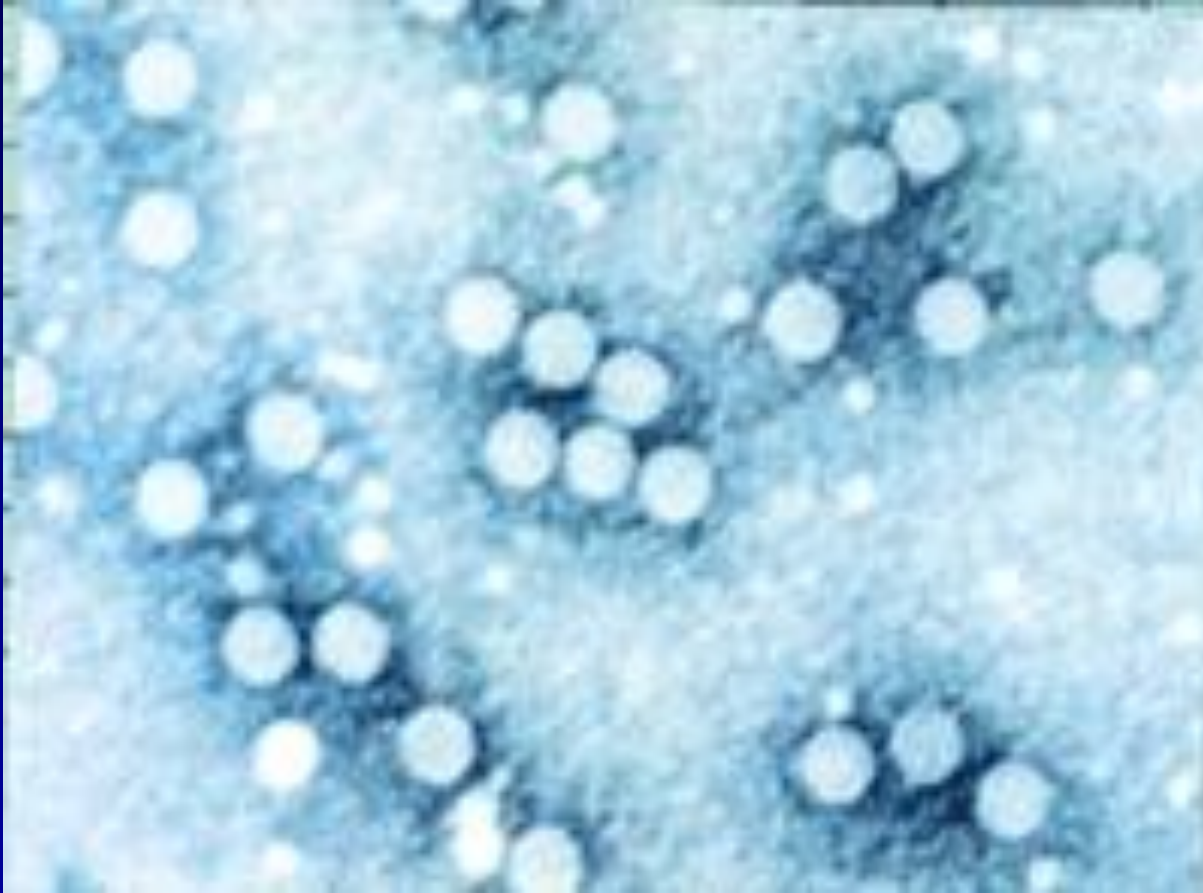
- Gonorrhea
- Chlamydia
- Herpes
- Syphilis
- LGV



Anorectal STD Diagnosis And Presentation

STD	Symptom/s
Gonorrhea	Pain, Discharge, tenesmus
Chlamydia	Pain, Discharge, tenesmus
Herpes simplex	Pain, bleeding, itch
LGV	Pain, bleeding, itch
HPV	Bleeding, itch, mass
Syphilis	Pain, mass

Human Papillomavirus (HPV)



HPV Types

Anogenital HPV's
(50-75%
population)

**“High-risk”
types**

- low-grade SIL
- high-grade SIL
- genital cancers

**“Low-risk”
types**

- low-grade SIL
- genital warts
- respiratory papillomatosis

Dermal HPV's
nonsexual contact
(>50 types)

**“Common”
Warts**

(e.g., hands/feet)

Anal HPV Infection

Risk factors:

- Receptive anal sex
- History of anal warts
- HIV infection (esp. with lower CD4 count)
- Smoking history
- Younger age
- Recreational drug use

Consequences:

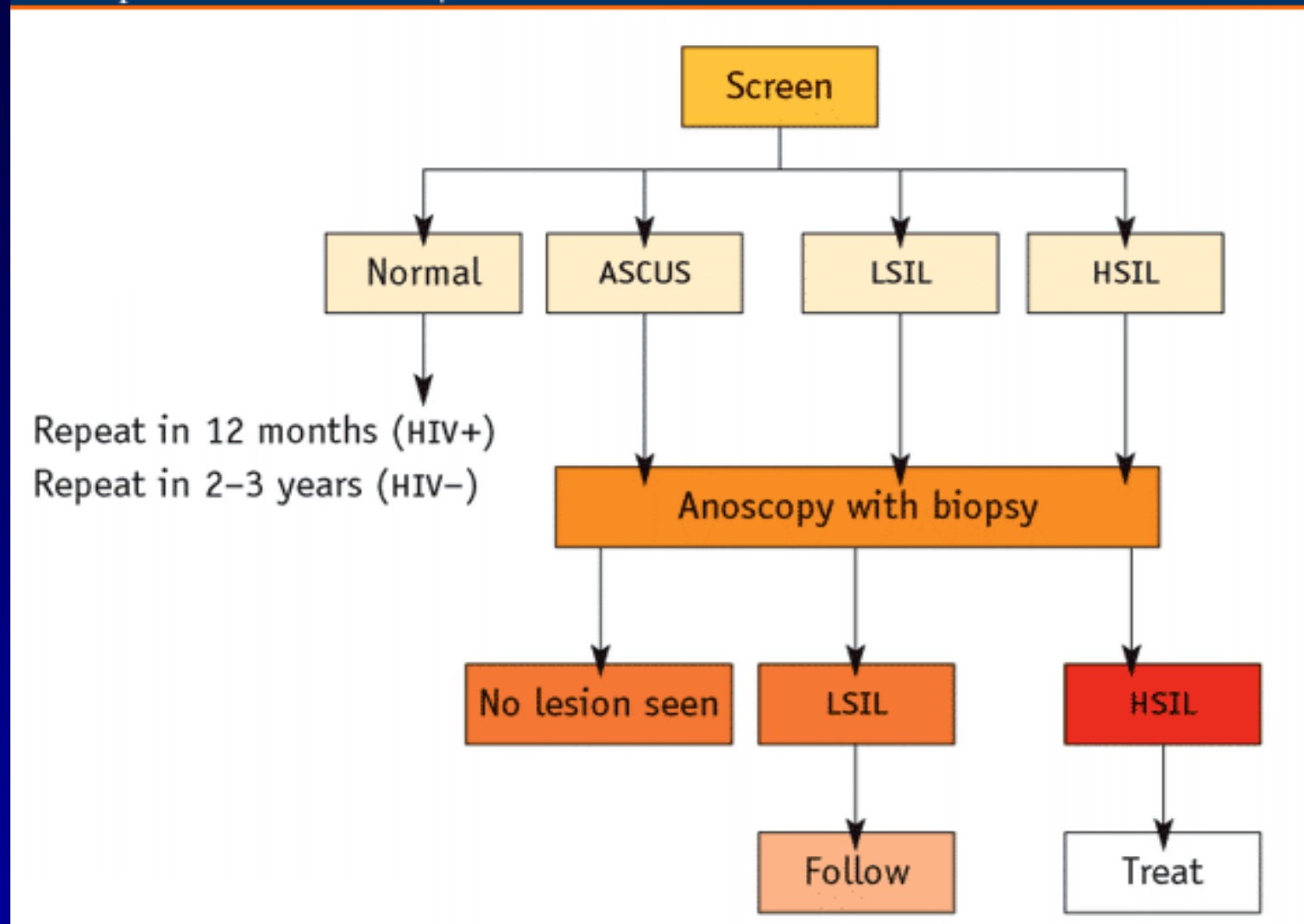
- Nil
- Condyloma accuminata
- Anal dysplasia
- Anal malignancy

Anal Cancer Rates

- General population: 2/100 000
- MSM 'pre-HIV': 35/100 000
- HIV+ MSM: 70/100 000

Guidelines For Anal Cytology Screening And Treatment

- No national or international guidelines
- Genital carcinoma *in situ* should be referred for treatment



Palefsky, Screening for Anal and Cervical Dysplasia in HIV-Infected Patients, The PRN Notebook (Volume 6, Number 3)

High-Resolution Anoscopy And Image Capture



Normal TZ

D S 11/07/2000 17:50 - (1415)



Anal HSIL Treatment

- Medical: TCA for small discrete lesions (<1cm²)

Imiquimod

Infra Red coagulation (IRC)

- Surgical:Electrofulguration

Cold scalpel excision

Laser ablation