

Cardiopatías y sexualidad

- La enfermedad cardiovascular como causa de disfuncionalidad sexual -

Dra. Alba María Morgade Parodi

Médica General del Centro de Salud Ciudad de la Costa.

Docente de la Sociedad Uruguaya de Medicina Sexual.

Directiva de la Sociedad de Estudios Superiores de Sexología.

Miembro de la Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia.

Docente Honoraria de la Clínica Ginecotológica A, Área Salud Sexual.

Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.



Resumen: Nuestros consultorios médicos ignoran con frecuencia la vida sexual de los pacientes. Los técnicos, en general, no escuchamos, no vemos, no preguntamos sobre sexualidad. Sin embargo, las disfunciones sexuales deterioran la calidad de vida y disminuyen la autoestima de la persona. Por otro lado, interrogar sobre el síntoma sexual constituye una oportunidad para la detección de un posible evento coronario en el futuro próximo.

Hoy sabemos que la disfunción eréctil (DE) es un predictor de enfermedad cardiovascular, a partir de los estudios que demostraron la importancia del endotelio vascular en la fisiopatología de la DE, con lo que queda claro que es fundamental un correcto interrogatorio del síntoma sexual en la consulta del primer nivel de atención.

Palabras Clave: Síntoma sexual, cardiopatías, endotelio, disfunción eréctil.

Abstract: Our doctor's office usually ignore sexual life of our patients. We, physicians, usually do not listen, do not see, do not ask questions about sexuality. However, sexual dysfunctions have a significant impact upon patient's quality of life and self-esteem. On the other hand, asking about sexual symptoms is crucial for the detection of a possible coronary event in the near future.

Nowadays we know that erectile dysfunction may predict cardiovascular disease according to the studies that have shown the importance of endothelium in the physiopathology of erectile dysfunction. To sum up, we should remark the importance of making a complete questionnaire of sexual symptoms in primary care consultations.

Key Words: Sexual symptom, heart disease, endothelium, erectile dysfunction

Introducción

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte a nivel mundial. También en nuestro país constituye la primera causa de mortalidad,⁽¹⁾ es una de las consultas más comunes en atención primaria en salud, en pacientes en edad media de la vida y en la tercera edad.

Si tenemos en cuenta que la expectativa de vida tanto del hombre como de la mujer es cada vez más alta, es pertinente considerar no sólo su correcto diagnóstico y tratamiento específico, sino también sus repercusiones a nivel de la esfera sexual del paciente.

E-mail: mmorgade@sums.com.uy

Cuando hablamos de cardiopatías y sexualidad, necesariamente tenemos que tener en cuenta la calidad de vida.

Los factores de riesgo para la disfunción eréctil (DE) son muy similares a los factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular (CV),⁽²⁾ ellos son: estilo de vida sedentario, obesidad, tabaquismo, hipercolesterolemia, síndrome metabólico y estrés. La DE constituye por sí misma un factor de riesgo.

La hipertensión arterial (HTA), consulta extremadamente frecuente, provoca un daño al endotelio que repercute en todo el organismo y especialmente en los órganos diana: cerebro, corazón, riñón, siendo afectados previamente, vasos de menor calibre como las arterias peneanas.

La DE debe considerarse como un síntoma temprano para avisar de ese daño endotelial. Por tal motivo, se sugiere tener en cuenta la DE dentro de los cálculos de futuro riesgo de enfermedad cardiovascular y eventos coronarios.⁽³⁾

Fase vascular de la erección

Cuando el pene está en reposo, la cantidad de sangre que le llega es la necesaria para garantizar la vitalidad de los tejidos. Las erecciones matutinas son un signo de buena salud vascular.

Cuando se produce una estimulación efectiva, ya sea psicógena o refleja, entra en juego el SN parasimpático, particularmente el núcleo sacro actuando sobre las arteriolas peneanas, cuyo endotelio comienza a liberar neurotransmisores, entre otros: acetil colina, PGE-1, óxido nítrico, péptido intestinal vasoactivo, etc.

Entre los neurotransmisores, el óxido nítrico juega un papel principal, es el neurotransmisor de la erección por excelencia. Al activar el GMPc, provoca una rápida vasodilatación, relajando el músculo liso arteriolar y llenando de sangre los sinusoides peneanos que, a su vez, comprimen el plexo venoso contra la túnica albu-

gínea, produciendo el atrapamiento de sangre necesario para lograr la erección.

Posteriormente, para que termine la erección entra en juego la PDE-5, cuya función es degradar el GMPc, con lo cual se retoma el predominio de la actividad adrenérgica provocando una contracción del músculo liso de las arteriolas peneanas, cuyo resultado final es una vasoconstricción, de modo que la sangre abandona las estructuras eréctiles (cuerpos cavernosos y cuerpo esponjoso) a través de los plexos venosos.

Cuando este fenómeno ocurre antes de que el paciente lo desee o antes de la eyaculación, entonces tendremos una disfunción eréctil.

Disfunción eréctil

La DE es la incapacidad persistente, total o parcial, de lograr y/o mantener una erección suficiente para el desempeño sexual. Varios estudios epidemiológicos han mostrado una alta prevalencia e incidencia de DE en todo el mundo.

La edad está estrechamente relacionada tanto con el aumento de la prevalencia como con la gravedad del cuadro disfuncional.⁽⁴⁾ A medida que se envejece,

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud



- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Secciones

- Puestas al día
- Opinión de experto
- Estudios clínicos
- Encares terapéuticos
- Actualizaciones diagnósticas
- Actualidad terapéutica

Contáctenos: www.farmanuario.com
tendencias@farmanuario.com

aumenta la incidencia de enfermedades que pueden causar trastornos eréctiles, tales como arterioesclerosis e HTA.

Sabemos bien que la erección es un fenómeno vasocongestivo y la patología vascular es la causa más frecuente de los disturbios eréctiles en hombres por encima de los 40 años.⁽⁵⁾

Las causas de la DE pueden ser: orgánicas, psicológicas y una combinación de ambas. Entre las causas orgánicas citamos:

- enfermedades crónicas (HTA, DM, coronariopatías, enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal, insuficiencia hepática),
- trastornos endócrinos,
- afecciones neurológicas,
- factores locales,
- farmacológicas,
- consumo de drogas.

Entrevista y evaluación del paciente con DE de probable causa vascular

Hay algunos varones que frente a una dificultad erectiva concurren a la consulta en busca de solución a su problema. Pero la mayoría, no manifiesta espontáneamente el síntoma. Por esto es que la esfera sexual debe ser interrogada en la Historia Clínica como cualquier otra función del organismo.

Hay un mínimo de preguntas que debemos considerar:

- ¿Presenta disfunción eréctil?
- ¿Cuánto hace que comenzó?
- ¿Cómo ha evolucionado en el tiempo?
- ¿Tiene rigidez peneana matinal?

Debemos tener siempre presente que la DE en un hombre mayor de 40 años, asintomático puede ser un marcador para una enfermedad coronaria subyacente.

Las arterias coronarias son uno de los sitios frecuentemente afectados en una arteriopatía general, la cual es probable que también afecte la circulación arterial de los cuerpos cavernosos del pene, ya que las arterias peneanas son significativamente más pequeñas que las principales arterias coronarias. La arteriopatía generalizada es causal de DE y de coronariopatías.

Los pacientes deben ser examinados cuidadosamente, con examen físico completo, incluido examen genital, control de la PA, frecuencia cardíaca, peso y medición de la circunferencia de la cintura.

No se debe comenzar con estudios costosos ni invasivos, hay que realizar un chequeo metabólico básico a todos estos pacientes.

La DE es un marcador de riesgo cardiovascular, pero también puede ser el primer síntoma de una diabetes,⁽⁶⁾ por lo tanto, el perfil lipídico y la glicemia se imponen en todos los casos.

Evaluación de pacientes con patología cardiovascular y DE

Primariamente debemos clasificar el riesgo CV de estos pacientes para después poder dar las recomendaciones de manejo de la DE.

Para valorar el riesgo CV podemos basarnos en el protocolo de Bruce, por el que se evalúan equivalentes MET de la actividad diaria con MET para la actividad sexual.

El gasto energético de cualquier actividad sexual no supera la etapa I del protocolo de Bruce (5 MET), por ejemplo, un orgasmo con la pareja estable tiene un gasto energético de aproximadamente 3 – 4 MET.

Hay que realizar una Evaluación Clínica para identificar el riesgo de eventos cardiovasculares adversos y clasificar a los pacientes en: riesgo bajo, intermedio y alto.

- a) **Riesgo bajo**
- En principio, no hay por qué interrumpir la actividad sexual
 - Se puede intentar tratamiento de la D.E.
 - Control clínico del paciente
- b) **Riesgo intermedio**
- Se debe re-estratificar el riesgo
 - Solicitar Ergometría
 - Control clínico y paraclínico del paciente
- c) **Riesgo alto**
- Se debe suspender toda actividad sexual
 - Estabilizar la condición cardiovascular
 - Evaluar el tratamiento y seguimiento

Objetivos del tratamiento de la DE en pacientes con cardiopatías

El objetivo primordial en el manejo de la DE es habilitar al paciente y a su pareja para disfrutar de su sexualidad de manera satisfactoria. Por lo tanto, el diálogo médico-paciente y su pareja -si es posible- debe ser fluido.

Las motivaciones y expectativas del paciente deben quedar bien claras, así como la intención de la pa-

reja para aceptar tratamientos específicos ya sean farmacológicos, físicos o psicológicos.

Explicar en qué momento puede reiniciar las relaciones sexuales sin riesgos, desmitificando el acto sexual como una conducta restrictiva y prohibida para todos los pacientes que han tenido un evento cardiovascular.

Se debe plantear claramente cómo y con qué frecuencia deben ser los primeros encuentros sexuales post evento cardiovascular, aclarando que todas las posiciones coitales son “*cardiológicamente equivalentes*”. Asimismo, mencionar los cuidados que se deben tener con respecto a características del lugar y condiciones del ambiente en que se llevarán a cabo.

También se deben especificar cuáles son los signos de alarma que deberán llevar enseguida a la consulta.

Conclusiones

Actualmente hay evidencia clara que señala que la disfunción eréctil puede estar vinculada con la enfermedad cardiovascular generalizada, por lo cual estos pacientes deben ser valorados exhaustivamente buscando factores de riesgo cardiovascular para ser manejados adecuadamente.

Un hombre de más de 40 años con disfunción eréctil, asintomático, debe ser considerado un paciente cardíaco hasta demostrar lo contrario.

Asimismo, los pacientes que consultan por alguna sintomatología de causa cardiovascular deben ser interrogados acerca de su función sexual, tratando de pesquisar una disfunción eréctil que pueda ser tratada para mejorar la calidad de vida del paciente.

El médico debe tener como objetivo, identificar los factores de riesgo reversibles ya que los cambios en el estilo de vida (como bajar de peso y realizar ejercicio) deben ocupar la primera línea en cualquier tratamiento para la disfunción eréctil, así como la información y asesoramiento de los pacientes y sus parejas sexuales sobre cómo disfrutar de su sexualidad sin miedos, lo que redundará en una mejor calidad de vida.

Agradecimientos:

**Dr. Germán Doce,
Dra. Mirtha Colombo,
Dra. Ma. L. Banfi**

Recepción y aprobación del Artículo

Fecha de recepción: 18 de agosto de 2012.
Fecha de aprobación: 18 de setiembre de 2012.

Bibliografía

1. S. Curto. Datos resumidos sobre mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay, 2008. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. 2011. V1 N°1.
2. Cardiovascular risk, drugs and erectile function-a systematic analysis. M. Baumhäkel, N. Schlimmer, M. Kratz, G. Hackett, G. Jackson, M. Böhm 2011 Blackwell Publishing Ltd Int J Clin Pract, March 2011, 65, 3, 289-298.
3. The Second Princeton Consensus on Sexual Dysfunctions and Cardiac Risk: New Guidelines for Sexual Medicine. G. Jackson, R. Rosen, R. Kloner and J. Kostis. 2006 International Society for Sexual Medicine. J Sex Med 2006; 3:28-36.
4. Bohm M, Baumhake M, Probstfield JL et al. Sexual function, satisfaction, and association of erectile dysfunction with cardiovascular high-risk patients. 2007.
5. R. Cavalcanti, M. Cavalcanti. Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais. Quarta Edição. Sao Paulo: Roca, 2012.
6. R. Cavalcanti. Tratamento Clínico das Disfunções Sexuais. Sao Paulo: Roca, 2012.