

MITOS Y REALIDADES DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA.

Dr. Santiago Cedrés
Prof. Adj. Medicina Interna
Sexólogo clínico
Director técnico del Centro Médico Sexológico Plenus

Dra. Gabriela Dartayete
Médico Psiquiatra
Psicoterapeuta del Centro Médico Sexológico Plenus

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud sexual como un derecho humano básico que incluye la capacidad para disfrutar y controlar la conducta sexual, la libertad para que no se inhiba la respuesta sexual ni se perjudique la relación sexual por temor, vergüenza, sentido de la culpabilidad, falsas creencias y otros factores, así como la libertad para que las enfermedades orgánicas y otras deficiencias no interfieran con la función sexual y reproductiva.

Hay un término, desconocido para muchos, el de salud sexual, que reconoce en la vivencia sexual un factor de bienestar y calidad de vida. Se destaca la importancia de que las personas tengan una experiencia sexual satisfactoria y, por consecuencia, saludable. La actividad sexual se torna enriquecedora para la salud en tanto sea vivenciada con una actitud mental que considere lo sexual como una parte de la naturaleza.

Establecer vínculos personales íntimos es fundamental para el desarrollo y plenitud de las personas. Esto incluye compartir sentimientos, ilusiones y juego de fantasía y se requiere, más allá del deseo de contacto, la posibilidad de contar con el cuerpo como un aliado para el intercambio.

Prevalencia de las Disfunciones Sexuales en el Cardiópata

Casi todas las enfermedades médicas repercuten en forma negativa sobre el funcionamiento sexual de la persona y la pareja, pero una situación especial es la afectación sexual del varón luego de una enfermedad cardíaca.

La mayoría de los pacientes con insuficiencia cardíaca muestran una pérdida en el deseo sexual: casi el 60% manifiestan no tener ningún interés o una disminución marcada del mismo, 10% una pérdida ligera y sólo el 25% ningún cambio. No está claro si esta disminución del deseo ocurre debido a la dificultad de realizar el coito o si es consecuencia de la propia insuficiencia cardíaca y su tratamiento. En la población sana, el 80% de los hombres, permanecen interesados en la actividad sexual a lo largo de su vida. En la población con insuficiencia cardíaca, la frecuencia de actividad sexual es mucho más baja.

De la insuficiencia cardíaca, se demostró en un estudio en Los Ángeles en el 2005, que de 180 pacientes, aproximadamente el 20% informaron no tener ningún problema, 30% disminuyeron la frecuencia y el 50% eran incapaces de tener relaciones sexuales.

Los datos internacionales sobre los hombres que tuvieron infarto muestran que solo una cuarta parte se mantienen sin cambios en su vida sexual. La mitad informan que han empeorado, y la otra cuarta parte cesan totalmente su actividad sexual.

Estas repercusiones en la vida sexual, son mucho más marcadas cuando se trata de pacientes en los que se realizó angioplastia o by-pass coronario. En este importante impacto en la calidad de vida se debe tomar en cuenta el aumento en la prevalencia de depresión en estos pacientes. En estudios internacionales se habla de 15 a 20 % de los casos que en algún momento de la evolución cumplirán criterios diagnósticos del DSM IV.

Un aspecto fundamental es saber la calidad de vida sexual previa. Si la pareja tenía una relación sexualmente difícil antes, es casi seguro que va a empeorar en forma notoria luego de aparecida la cardiopatía. De hecho, la tensión de la enfermedad y/o el tratamiento y su rehabilitación pueden exacerbar cualquier problema presente antes del evento. El simple hecho de saberse "enfermo del corazón" o que es sobreviviente a un infarto que pudo haber sido fatal, genera una minusvalía en el paciente que repercute en su seguridad sexual.

La Disfunción eréctil (DE) en la Historia Clínica:

La historia clínica sigue siendo el elemento diagnóstico fundamental en la DE.

Esta disfunción no afecta de igual forma todos los varones, ni todas la parejas la viven del mismo modo. Es necesario tomar en cuenta la repercusión

psicoemocional con los miedos y ansiedades de sentirse “enfermo del corazón”, por ello el médico debe investigar desde el principio como dicha disfunción repercute en el paciente y su pareja sobre todo, explorar cuáles son las expectativas de ambos, orientado a un futuro tratamiento.

Existe una serie de duelos que es posible se presenten con mayor o menor peso, dependiendo de la personalidad del paciente, por ejemplo, por la pérdida de la sensación de juventud, de omnipotencia, del lugar familiar, laboral y social, de la libertad, etc.

Incluir en el psiquismo la idea de vulnerabilidad física suele mover aspectos que hacen a la imagen y valoración de sí mismos y esto genera intenso sufrimiento e incluso ira.

Las preguntas básicas iniciales deben incluir la exploración de la dinámica de pareja, los sentimientos de autoestima o autoconfianza y la forma de relacionarse con su pareja y el medio.

Una simple pregunta realizada con naturalidad y sentido de la oportunidad del tipo “¿Tiene ud. alguna preocupación o duda sobre su vida sexual?” puede servir para romper el hielo. La recomendación de usar preguntas de tipo abierto o cerrado dependerá de cada situación y tipología del paciente, siendo la empatía del médico y las peculiaridades de cada relación médico-paciente determinantes para actuar de una u otra manera.

Lo que no es recomendable hacer:

Frases como “No le dé importancia, es normal, son baches, con el tiempo verá como mejora”. Habitualmente sucede lo contrario, y nuestra credibilidad va a quedar en entredicho.

Decirles que prueben con otra pareja no suele dar buen resultado, al contrario, si había dificultad en la erección, esta relación es un exámen de ella, con lo que la ansiedad de ejecución será mayor.

Prescribir placebos: no serán eficaces y posteriormente pondrá en duda la eficacia de fármacos que sí lo son.

Uso de fármacos sin indicación específica para DE: vitaminas, pentoxifilina, L-arginina, etc, son fármacos sin eficacia contrastada en DE y posiblemente van a producir un efecto negativo.

Prescripción de testosterona sin una indicación diagnóstica clara de hipoandrogenismo. Se aumentará el deseo pero no mejorará la erección, con lo que el nivel de frustración será mayor y además asumiremos los efectos secundarios de estos fármacos.

Se debe investigar de la historia cardíaca elementos de insuficiencia coronaria inestable, funcionalidad cardíaca sobre todo ventricular izquierda y limitaciones por los síntomas, y también historia de valvulopatías sintomáticas al momento actual.

De la historia sexológica es fundamental interrogar el comienzo de la dificultad en lograr y/o mantener la erección, los tratamientos realizados, automedicación, presencia o ausencia de erecciones espontáneas matinales y alteraciones en otras fases de la respuesta sexual: problemas en el deseo sexual y alteraciones en la eyaculación. Cuando la disminución de la libido tiene importante jerarquía, se deben investigar endocrinopatías asociadas como distiroidismos o hipogonadismo de inicio tardío.

El interrogatorio psicosocial tiene por objetivo identificar elementos de personalidad y, sabiendo que la función sexual está íntimamente ligada al funcionamiento psicológico, intentar identificar conflictos que afecten de manera primaria o secundaria la función eréctil. Aquí encontramos fobias, obsesiones, síntomas conversivos histéricos, etc.

La historia farmacológica es fundamental. Se debe interrogar el uso de Beta Bloqueantes, diuréticos, anticálcicos, y por los tratamientos a diseñar el consumo habitual de nitritos. Por las comorbilidades, se debe indagar sobre el uso de antiandrógenos, hiperprolactinémicos, antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, etc.

Factores como un divorcio o una crisis económica, generadores de altos niveles de estrés, en una DE aguda y total orientan a causas psicógenas. Por el contrario, una pérdida progresiva y persistente de la función eréctil en el curso de un año o más, que afecte tanto las erecciones nocturnas como el acto sexual, orientan a una etiología orgánica.

De todas maneras, con frecuencia la DE termina siendo mixta, de causa orgánica y psicológica.

Los cuestionarios existentes para valorar la función sexual (siendo el más reconocido el IIEF o Índice Internacional de Función Eréctil), nos ayudan en el diagnóstico y son fundamentalmente útiles en estudios epidemiológicos, en ensayos clínicos y para valorar objetivamente la eficacia de los diferentes tratamientos

International Index of Erectile Function (Abreviado)						
Durante los últimos 6 meses		1	2	3	4	5
1	¿Qué porcentaje de confianza se tiene usted en que podría conseguir y mantener una erección?	Muy baja	Baja	Moderada	Alta	Muy alta
2	Cuándo usted tenía erecciones con estimulación sexual, con qué frecuencia lograba la penetración?	Nunca o casi nunca	Algunas veces (mucho menos que la mitad de las veces)	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)	La mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces)	Siempre o casi siempre
3	Durante el intercurso sexual, con qué frecuencia usted puede mantener su erección después de haber penetrado (entró) a su compañera?	Nunca o casi nunca	Algunas veces (mucho menos que la mitad de las veces)	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)	La mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces)	Siempre o casi siempre
4	Durante el acto sexual, cuán difícil es mantener su erección hasta completar el coito?	Extremadamente difícil	Muy difícil	Difícil	Levemente difícil	No presenta dificultades
5	Cuándo usted intenta un acto sexual, con qué frecuencia es satisfactorio para usted?	Nunca o casi nunca	Algunas veces (mucho menos que la mitad de las veces)	Algunas veces (aproximadamente la mitad de las veces)	La mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces)	Siempre o casi siempre
El rango del score es de 5 a 25. Un score de 21 o menos sugiere disfunción eréctil						

Valoración del cardiópata con disfunción sexual:

Luego de realizar una correcta anamnesis y exploración física con especial atención en los factores de riesgo vasculares, presencia de arteriopatía periférica, grado funcional de la cardiopatía (clasificación de la NYHA), historia anginosa, presencia de valvulopatías, soplos carotídeos, pulsos periféricos, edemas, crepitanas, historia farmacológica, etc se deberá pasar a valorar la capacidad funcional mediante una ergometría convencional y la función ventricular mediante un ecocardiograma.

Ergometría convencional: la práctica del coito es asimilable a un ejercicio físico. Por ello, el test de esfuerzo convencional (protocolo de Bruce) nos informará de la capacidad funcional del paciente. La actividad sexual produce un consumo energético que se puede estimar en la fase pre orgásmica en 3,7 mts., y en la fase orgásmica en 5 mts. Por tanto, un paciente que termine los dos primeros estadios de Bruce tiene una capacidad mayor de 7 mts, lo que le permite un gasto energético suficiente para el coito. En síntesis, el gasto energético tras la actividad sexual no superan los necesarios para andar 1 Km. en 15 min. (similar al consumo energético en la fase pre orgásmica) y subir después a un segundo piso por escalera en 10 segundos (fase orgásmica).

Ecocardiograma: valora la función ventricular mediante el cálculo de la fracción de eyección (FeVI). Esta se considera normal con cifras mayores a 55%, ligeramente deprimida entre 40 y 55%, moderadamente deprimida entre 30 y 40%, y gravemente deprimida por debajo de 40%. Los pacientes por debajo del 40% se encuentran en especial riesgo de complicaciones en relación con la actividad sexual.

Una vez obtenidos estos datos, es necesario pasar a clasificar a los pacientes en varios grupos en los que la actividad coital representa un mayor o menor riesgo cardiovascular. Para ello, se aplican las tablas aprobadas en el Consenso de Princeton, publicadas en Am. J. Cardiol en el año 2000 (Tabla 1).

Los pacientes de riesgo bajo pueden reanudar la actividad sexual sin problemas, los de riesgo intermedio precisan una reevaluación vascular y reestratificación, mientras que los de alto riesgo deben diferir la actividad sexual hasta estabilizar la alteración cardíaca (Figura 1).

Manejo terapéutico:

Luego del diagnóstico de la cardiopatía, es fundamental poder tener el espacio y tiempo para dialogar con el paciente y que este exponga las preocupaciones y todas las preguntas que necesite. Es fundamental despojarse de los mitos, miedos y las falsas creencias sobre cómo continuar la vida sexual.

El segundo paso deberá ser involucrar a la pareja dentro del programa de la rehabilitación cardíaca integral, que incluya además de corregir los factores de riesgo, el diagnóstico y la valoración médica sobre las disfunciones sexuales que presente y como prevenir las que todavía no aparecieron. Debemos informar al paciente y la pareja sobre las precauciones necesarias para realizar la actividad sexual. Existen algunas posturas para el coito que requieren menor esfuerzo físico (hombre debajo-mujer encima), pero no hay una recomendación especial en la actualidad, siendo la postura más idónea la más cómoda para la pareja. Es recomendable evitar ambientes con temperaturas extremas, pues aumentan el esfuerzo requerido. No conviene realizar el coito tras un consumo excesivo de alcohol o una comida copiosa, siendo preferible esperar unas cuatro horas tras esas circunstancias.

El tercer paso es comenzar con un tratamiento sexológico específico para las disfunciones detectadas, para garantizar una sexualidad placentera, con vistas a mejorar la calidad de vida. El tratamiento de elección es la terapia oral con fármacos inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IIPDE-5) alcanzándose una eficacia de hasta un 70% con este tipo de medicación.

En una revisión de más de 4000 varones que tomaron tadalafilo en más de 60 ensayos clínicos se demostró que el fármaco es seguro tanto en hombres sanos como en aquellos que presentan cardiopatías, y que no siguen tratamientos con nitritos.

Uso de IIPDE-5:

Contraindicaciones absolutas:

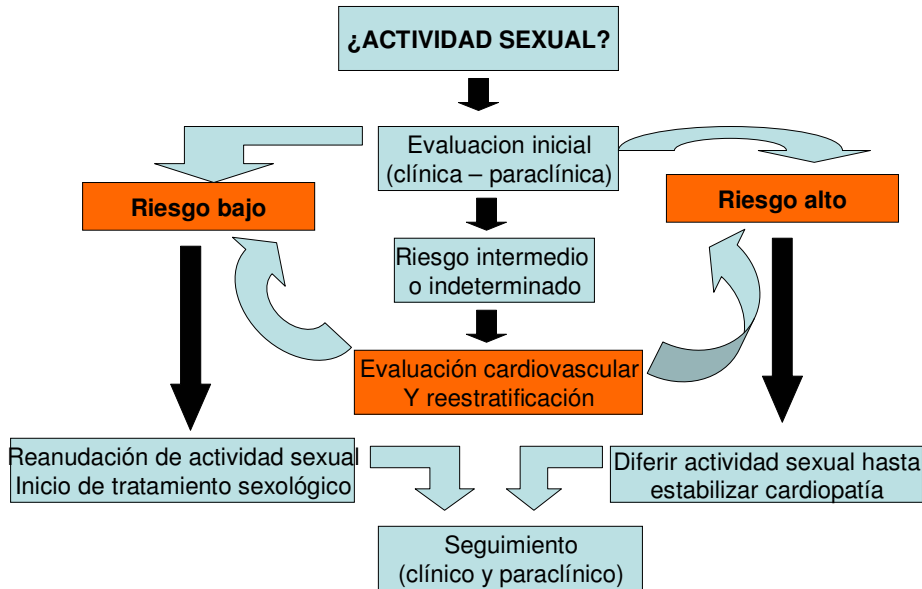
- Administración concomitante de nitratos
- Angor inestable
- Insuficiencia cardíaca en estadio III – IV de NYHA
- Insuficiencia hepato-cítica estadio C de Child-Pugh
- Insuficiencia renal en diálisis
- Hipotensión grave (<90/55)
- Ataque cerebro vascular o IAM recientes (<6meses)

- Trastornos hereditarios degenerativos de la retina como retinitis pigmentaria
- Administración concomitante de inhibidores de la proteasa del VIH como ritonavir o indanavir, así como varones > 75 años con itraconazol, ketoconazol, por ser potentes inhibidores del CYP3A4.

Contraindicaciones relativas:

- Enfermedad de Peyronie y otras deformaciones anatómicas del pene
- Estados de predisposición al priapismo (anemia falciforme, mieloma múltiple o leucemia)
- Uso concomitante de hipotensores
- Trastornos hemorrágicos
- Úlcera péptica en actividad
- Obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo.

Los pacientes tras un infarto agudo de miocardio, y en muchas ocasiones sus parejas, muestran un "miedo" lo suficientemente importante para impedirles reiniciar la actividad sexual, aun en ausencia de DE. Si al evento cardíaco se añade un problema de erección que precisa tratamiento farmacológico, las resistencias de la pareja para reiniciar una actividad sexual coital satisfactoria van a ser aún mayores. Para vencer estas resistencias disponemos de las técnicas e terapia sexual que aplicaremos a la pareja en las sesiones terapéuticas, apoyándonos en estos casos en los estudios publicados sobre seguridad cardiovascular del tratamiento.



Conclusiones:

La salud sexual es un derecho básico de la persona; contribuir a su mejora es contribuir a la salud plena, objetivo final del médico. En este sentido, toda pregunta formulada debe ir encaminada a obtener una aproximación diagnóstica y etiológica, así como a ofrecer una solución. Investigar un problema cuyo manejo desconozcamos sería frustrante para el médico descorazonador para el paciente. Por ello resulta fundamental disponer de suficiente habilidad en la entrevista psicosexual así como agilidad diagnóstica y conocimientos terapéuticos apropiados.

Las disfunciones sexuales son una condición médica que tienen diferentes posibilidades de tratamiento, que afecta la calidad de vida de quien la padece y que, por sobre todas las cosas, exige el respeto del sistema de valores sexuales y los comportamientos de nuestros pacientes.

El médico debe adoptar un papel protagónico en el diagnóstico y tratamiento de la DE en los pacientes cardiopatas; ya que no solo se trata de una

enfermedad con una prevalencia elevada sino que presenta gran importancia diagnóstica por su impacto en la calidad de vida del paciente y de la pareja.

Todo esto debe encararse con la entera convicción de que el funcionamiento sexual pleno del paciente con cardiopatía puede lograrse efectivamente si se cuenta con la adecuada y oportuna rehabilitación médico-sexológica.

La vida sexual tiene cualidades que la distinguen por su intimidad y misterio, de ahí que tengan lugar los mitos y los secretos.

Si bien esto forma parte de la normalidad y enriquece el contacto entre las personas, desde nuestro lugar médico creemos necesario agregar la luz del conocimiento e investigación y, amparados en el secreto que le brinda al paciente garantías, aportarle lo que la ciencia médica puede ofrecer en tanto a alivio de estos padecimientos. Lo demás, lo dejamos librado a la fantasía y la mitología.

Tabla 1: Estratificación del riesgo: DE y enfermedad cardiovascular.

Presentan riesgo bajo:

1. asintomático
2. menos de 3 factores de riesgo mayores (excluido sexo)
3. HTA controlada
4. angor CF I (definida y/o en tratamiento)
5. revascularización coronaria
6. IAM no complicado (sin isquemia residual)
7. valvulopatía "leve"
8. insuf. Cardíaca compensada (CF I-NYHA)

Presentan riesgo intermedio:

1. Tres o más factores de riesgo mayores (excluido el sexo)
2. angina estable CF II
3. IAM reciente (2- semanas)
4. IC compensada (CF II-NYHA)
5. secuelas no cardíacas de arteriosclerosis (ECV y periférica)

Presentan riesgo alto:

1. angina en clase funcional III y IV
2. HTA descontrolada
3. IC descompensada (CF III y IV-NYHA)
4. arritmias graves
5. miocardiopatías
6. valvulopatía moderada o grave
7. pericarditis aguda.