

ACTIVIDAD SEXUAL POSTINFARTO DE MIOCARDIO

Dr. JOSE MANUEL SOSA-ROSADO*

RESUMEN

La prevalencia de la cardiopatía isquémica se presenta cada vez con mayor frecuencia en nuestro medio ya sea por un incremento de la población de adultos mayores, pero también debido a un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y diabetes mellitus en poblaciones más jóvenes, por lo que el reinicio de la actividad sexual pos infarto de miocardio es un tema que cada vez debemos tratar con más frecuencia con nuestros pacientes y sus cónyuges, lo cual tiene un efecto positivo en la salud mental y calidad de vida de nuestros pacientes, en este artículo se tratan las preguntas más frecuentes que debemos resolver los cardiólogos a nuestros pacientes.

Palabras claves: Infarto de miocardio, Actividad sexual

ABSTRACT

The prevalence of ischemic cardiopathy appears with major frequency every time in our daily practice, either way for an increase of the major adults population but because of an increase of chronic not transmissible diseases such as hypertension and diabetes in younger population. Whence the reinitiation of sexual activity in those patients with a recent heart attack of myocardium history is of a daily basis topic that we must treat more frequently with our patients and their partners. Because this topic has a positive effect in the mental health and quality of life in our patients, this article is meant to answer the most frequent inquiries that we as cardiologists must solve.

Key words. Myocardial infarction. Sexual activity

INTRODUCCIÓN

En el período 1950-2000, en el Perú, el porcentaje de población mayor de 60 años subió de 5,7% a 7,1%. Este mismo incremento se volverá a repetir en un menor período (2000 al 2015), y se prevé que

para el 2050 la proporción de población mayor de 60 años sea de 21,8% (tres veces lo observado en el año 2000). Los principales problemas que aquejan a estas personas son las enfermedades crónicas degenerativas, donde destacan la hipertensión arterial, diabetes y la cardiopatía isquémica,⁽¹⁾ los recientes avances en la terapia cardiovascular nos permite tener pacientes adultos mayores física y sexualmente activos lo que hace imperativo discutir con nuestros pacientes su actividad sexual y sus potenciales riesgos.

El tabú que rodea a la actividad sexual en general se ve sobredimensionado cuando se involucra la salud, especialmente la del aparato cardiovascular. Los pacientes y sus parejas ven con temor la reanudación de la actividad sexual luego de un infarto o una cirugía cardiaca, este desconcierto se exacerba cuando no hay una comunicación fluida entre el médico y su paciente.

La actividad sexual es parte muy importante de la vida de las personas y su continuidad tiene un efecto positivo en la salud mental y calidad de vida de nuestros pacientes, la disminución de la actividad sexual es común en los pacientes con enfermedades

* Médico cardiólogo. Clínica Internacional.

cardiovasculares y están interrelacionadas a ansiedad y depresión, por otra parte la prevalencia cada vez más frecuente de la cardiopatía isquémica en personas de menor edad pone en evidencia la importancia de informar al paciente y su pareja sobre el desempeño sexual tras un evento coronario, informarles sobre los riesgos y resolver todas las preguntas que nos pueden plantear nuestros pacientes.

Las preguntas más frecuentes de nuestros pacientes se refieren a cuando reiniciar la actividad sexual, relaciones extraconyugales, disfunción eréctil y el uso de inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (I5PDE).

¿CUÁNDO REINICIAR LAS ACTIVIDADES SEXUALES?

Los estudios realizados en hombres jóvenes han demostrado que la actividad sexual con una pareja habitual es comparable a una actividad física leve a moderada, donde la frecuencia cardíaca (FC) raramente excede los 130 latidos por minuto y la presión arterial (PA), los 170 mmHg y equivale a un gasto energético entre 3 y 4 equivalentes metabólicos (MET).⁽²⁻⁴⁾ Las relaciones sexuales pueden iniciarse transcurridos entre una a dos semanas pos el alta hospitalaria, todo dependerá de la capacidad funcional del paciente en la prueba de esfuerzo, y si es o no negativa a isquemia, los pacientes que pueden superar los 5 MET en una prueba de esfuerzo (PE) sin presentar angina o equivalentes anginosos, alteraciones electrocardiográficas, arritmias pueden reiniciar sus actividades sexuales con su pareja estable.^(5,6)

En los pacientes que han tenido una angioplastia exitosa por vía radial están hábiles en pocos días posprocedimiento,⁽⁴⁾ en pacientes con isquemia residual deben ser aconsejados a reiniciar su actividad sexual según los resultados de su PE. En los pacientes que han sido sometidos a cirugía de revascularización coronaria se aconseja el reinicio de la actividad sexual entre las seis y ocho semanas poscirugía.⁽⁴⁾

Hay que evitar posiciones poco habituales en la pareja, que requieran una gran demanda de esfuerzo físico para mantener la postura, por tanto es recomendable aconsejar la utilización del posicionamiento habitual en la pareja, o que la pareja tome la posición superior, y el comando de la actividad en las primeras ocasiones lo cual hace ganar confianza al paciente. Según un estudio de Bohlen, los valores alcanzados durante la actividad sexual con el hombre en la posición superior fueron equivalentes a 3,3 MET y cuando la mujer ocupa la posición superior, a 2,5 MET.^(2,7) Así mismo, debe evitarse tener relaciones sexuales tras la ingesta moderada de alcohol o de comidas copiosas.

RELACIONES EXTRACONYUGALES

No es raro que tengamos que tratar este tema con nuestros pacientes. Generalmente, se presenta cuando ya ha pasado cierto tiempo del accidente coronario o en la primera ocasión en que el paciente acude a consulta sin la compañía de la pareja habitual. Las relaciones extraconyugales generalmente ocasionan un mayor gasto energético.

En estas relaciones sexuales influyen otros factores, como la tensión que se genera al practicar sexo en relaciones extramaritales o el caso de hombres de edad avanzada que tienen relaciones extraconyugales con parejas más jóvenes, y generalmente se acompañan de comidas copiosas, ingesta de licor e I5PDE.

El riesgo de infarto de miocardio asociado a actividad sexual es bajo pero mayor en las relaciones extramaritales. En el estudio de Ueno⁽⁸⁾ sobre muerte súbita, se determinó que solo el 0,8% (67 personas) de ellas fueron durante la actividad sexual, la proporción de muertes en el contexto de relaciones extramaritales fue del 70% (47 personas) solo 2 de los casos fueron mujeres. Parzeller⁽⁹⁾ reporta, en un estudio retrospectivo médico legal, que la incidencia de muerte cardiovascular fue de 48 (0,16%) en 26 901 autopsias; de estas muertes, 25 fueron por infarto de miocardio (12 por primer infarto y 13 por segundo infarto) y 36, (75%) en relaciones extramaritales.

Es importante establecer que el grado de excitación también juega un rol importante. Cantwell,⁽¹⁰⁾ en un estudio con monitoreo electrocardiográfico de 24 horas, encontró que con la pareja usual, la FC subía de 72/min a 92/min, mientras que con una pareja eventual ascendía de 96/min a 150/min. El incremento de la ectopia ventricular y otras arritmias puede deberse a un mayor estimulación simpática similar a la acontecida durante situaciones emocionales intensas. El consenso de la *American Heart Association*⁽⁴⁾ refiere que hay mínima data sobre la actividad sexual en pacientes en riesgo de arritmias ventriculares y no se ha observado un incremento importante en la actividad ectópica.

Por otra parte, diversos autores asocian un mayor esfuerzo cardíaco con relaciones extramaritales, ya que de una demanda corporal total de oxígeno durante la actividad sexual marital de 3 a 4 MET, en la actividad sexual extramarital o en una actividad sexual vigorosa se puede pasar a un gasto de energía de 5 a 6 MET. En la práctica clínica, los pacientes capaces de alcanzar 6 MET en la prueba de esfuerzo sin síntomas cardiovasculares pueden generalmente, pero no siempre, realizar actividades sexuales sin experimentar síntomas cardiovasculares.^(11,12)

DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Recientemente los cardiólogos somos consultados con mayor frecuencia por disfunción eréctil (DE), bastante frecuente en los pacientes coronarios, debido a la patofisiología común. El grupo demográfico de pacientes con DE se superpone considerablemente al de los pacientes con cardiopatías. Ya que los factores de riesgo para la DE son los mismos que para la cardiopatía isquémica e incluyen: hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, anomalías lipídicas (niveles bajos de HDL colesterol e hipercolesterolemia) obesidad, sedentarismo.^(13,14) Dado el menor diámetro de las arterias penianas, es comprensible que puedan verse afectadas antes que las arterias coronarias, ya sea por la disfunción endotelial, por la alteración de la vasodilatación o por un proceso obstructivo aterosclerótico, por lo que se considera la DE como un síntoma centinela de la enfermedad coronaria.^(15,16)

Por otro lado, también se debe considerar los efectos colaterales de algunos medicamentos cardiológicos, como los beta-bloqueadores y los diuréticos, y los cuadros de depresión sobre la función eréctil.

Así mismo, debido al auge y popularidad del uso de los I5PDE en el tratamiento de la DE, es imperioso evaluar y aconsejar a nuestros pacientes sobre la posibilidad o no de utilizar estos fármacos. Los I5PDE son generalmente seguros y efectivos para el tratamiento de la DE en pacientes hipertensos o con enfermedad coronaria estable. Recientes estudios en que los I5PDE fueron administrados a pacientes coronarios conocidos, realizando pruebas de esfuerzo no se observó un incremento del umbral de angina o isquemia asociada al ejercicio.⁽¹⁷⁻²⁰⁾ También cuando sildenafil fue administrado a pacientes coronarios durante cateterismos cardiacos no hubo evidencia de que se precipite isquemia.⁽²¹⁾

La interacción medicamentosa más seria es la de los I5-PDE con los nitratos (dinitrato de isosorbida, mononitrato de isosorbida, etc.), medicación usada muy frecuentemente por los pacientes cardiacos, su interacción produce una vasodilatación severa que lleva a una hipotensión marcada y a veces fatal.⁽²²⁻²⁵⁾

CONCLUSIONES

A todos los pacientes, y a sus cónyuges, que han presentado un infarto de miocardio, debe informárseles en forma individualizada sobre el reinicio de su vida sexual tal como se le informa sobre su vuelta a su centro de labores o participación en programas de ejercicios. A los que presenten disfunción eréctil, se les informará sobre la contraindicación absoluta del uso de nitratos conjuntamente con inhibidores de la 5-fosfodiesterasa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Analisis de la situación de salud en el Perú. Ministerio de Salud DGE Agosto 2010. Capitulo 1:9-22
2. Bohlen JG, Held JP, Sanderson O, Patterson PR. Heart rate, rate pressure product, and oxygen uptake during four sexual activities. *Arch Intern Med.* 1984;144:1745-8.
3. Taylor HA. Sexual activity and the cardiovascular patient: Guidelines. *Am J Cardiol.* 1999;84:6N-10N.
4. Levine GN, Steinke EE, Bakaen FG, et al. Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2012;125:00-00
5. DeBusk RF. Evaluating the cardiovascular tolerance for sex *Am J Cardiol.* 2000;86(2A):51F-56F.
6. Drory Y. Sexual activity and cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2002;4 (suppl H):H13-H18.
7. Sexual activity and the cardiac patient. Thorson AI. *Medscape Cardiology 2003 Le Jacq Communications, Inc*
8. Ueno M. The so-called coition death. *Jpn J Leg Med.* 1963;17: 330-340.
9. Parzeller M, Raschka C, Bratzke H. Sudden cardiovascular death during sexual intercourse: results of a legal medicinepost mortem study from 1972-1998. *Letters to the editor. Eur Heart J.* 2001;22: 610-616.
10. Cantwell JD. Sex and the heart. *Med Aspects Human Sexuality* 1981;15:14-23.
11. Stein R, Barlem C. Sexual activity and heart. *Arq Bras Cardiol.* 2006;86(1).
12. Jackson G. Sexual intercourse and stable angina pectoris. *Am J Cardiol.* 2000;86:35F-37F.
13. Virag R, Bouilly P, Frydman D. Is impotence an arterial disorder? A study of arterial risk factors in 440 impotent men. *Lancet.* 1985;8422:181-184.
14. Feldman HA, Johannes CB, Derby CA, et al. Erectile dysfunction and coronary risk factors: prospective results from the Massachusetts Male Aging Study. *Prev Med.* 2000;30:328-338.
15. Vannappagari V. Should erectile dysfunction be considered as a marker for acute myocardial infarction? *Int J Impot Res.* 2004;16:350-353.
16. Ponzholzer A, Temml C, Obermayr R, Wehrberger C, Madersbacher S. Is erectile dysfunction an indicator for increased risk of coronary heart disease and stroke? *Eur Urol.* 2005;48:512-8.
17. Arruda-Olson AM, Mahoney DW, Nehra A, et al. Cardiovascular effects of sildenafil during exercise in men with known or probable coronary artery disease. A randomized crossover trial. *JAMA.* 2002;287:719-725.
18. Fox KM, Thadani U, Ma PT, et al. Time to onset of limiting angina during treadmill exercise in men with erectile dysfunction and stable chronic angina: effect of sildenafil citrate (abst). *Circulation.* 2001;107:II601.
19. Thadani U, Smith W, Nash S, et al. The effect of vardenafil, a potent and highly selective phosphodiesterase-5 inhibitor for the treatment of erectile dysfunction, on the cardiovascular response to exercise in patients with coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol.* 2002;40:2006-2012.
20. Patterson D, MacDonald TM, Efron MB, et al. Tadalafil dose not affect time to ischemia during exercise stress testing in patients with coronary artery disease. *Circulation.* 2002;106(Suppl II):II-330.
21. Hermann HC, Chang G, Klugherz BD, et al. Hemodynamic effects of sildenafil in men with severe coronary artery disease. *N Engl J Med.* 2000;342:1662-1666.
22. Webb DJ, Freestone S, Allen MJ, et al. Sildenafil citrate and blood-pressure lowering drugs: results of drug interaction studies with an organic nitrate and a calcium antagonist. *Am J Cardiol.* 1999;83(Suppl 5A):21C-28C.
23. DeBusk R, Drory Y, Goldstein J, et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol.* 2000;86:175-181.
24. Cheitlin MD, Hutter AM, Brindis RG, et al. ACC/AHA Expert Consensus Document. Use of sildenafil (Viagra) in patients with cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol.* 1999;33:273-282.
25. Schwartz B, Levine L, et al. Cardiac uses of phosphodiesterase-5 inhibitors. *J Am Coll Cardiol.* 2012;59(1):9-15.