

# La disfunción sexual en pacientes en rehabilitación cardiaca es mucho más que un simple «epifenómeno» y debe ser más estudiada

Ernst R. Schwarz<sup>a</sup> y Biing-Jiun Shen<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Division of Cardiology. Cedars Sinai Medical Center-The University of California, Los Angeles (UCLA). Los Angeles. California. Estados Unidos.

<sup>b</sup>Department of Psychology. University of Southern California (USC). Los Ángeles. California. Estados Unidos.

Resulta interesante observar que dos de las mentes más intelectuales y científicamente productivas del mundo han comentado a menudo la importancia de la función sexual y sus posibles problemas. Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832) no fue sólo un escritor y un científico que descubrió de manera independiente en 1784 el hueso intermaxilar y el primero en formular una teoría sobre la metamorfosis de las plantas; de hecho, muchos de los trabajos artísticos de Goethe, como *Fausto* o *Epigramas venecianos*, incluyen un contenido sexual relativamente intenso, puesto que Goethe contemplaba la sexualidad en general como un tema que merecía una descripción poética y artística. Unos siglos antes, Leonardo da Vinci (1452-1519), como paradigma del Renacimiento italiano, afirmaba: «El pene no obedece las órdenes de su dueño, que intenta la erección o el retraimiento a voluntad, sino que la erección se produce libremente mientras el dueño duerme. Dejando volar la imaginación, hay que decir que el pene tiene su propia mente». Posteriormente, los investigadores han determinado que el pene no tiene una mente tan independiente como Da Vinci observara hace cientos de años, sino que en gran parte lo controla el sistema nervioso central y su función como órgano sexual depende en gran medida de sus propiedades vasculares. A pesar de la apreciación de la sexualidad como esencial en la vida humana y de los intentos de estas y otras mentes extraordinarias por comprender la fisiopatología de la disfunción, la aceptación de los problemas sexuales tanto en varones como en mujeres y, por lo tanto, la búsqueda intuitiva

de respuestas científicas continúan hasta nuestros días difuminadas por una abrumadora falta de comprensión.

El artículo de Maroto-Montero et al<sup>1</sup> que se publica en este número de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA sirve para volver a resaltar la prevalencia relativamente elevada y la importancia de los problemas sexuales, en especial, como aquí se muestra, en un grupo de pacientes en rehabilitación cardiaca. Es un hecho que la disfunción sexual afecta a un gran número de personas y es algo más que un simple epifenómeno de la edad o la enfermedad cardiovascular subyacente que requiere más atención y evaluación. Concretamente, la rehabilitación, en su sentido más literal, se considera una forma controlada de restablecer o recuperar la funcionalidad previa. A pesar de ser relativamente desconocida en Estados Unidos hace tan sólo unos años, mientras que en algunos países de Europa occidental se (sobre)utilizaba ampliamente, la rehabilitación constituye un medio de ayudar en un problema que no atañe a un solo órgano (el corazón). Hoy la rehabilitación aparece con más frecuencia en las noticias, sobre todo en la prensa amarilla de Hollywood, puesto que parece estar de moda entre los nuevos ricos de entre el famoseo cinematográfico, que lamentablemente caen a menudo en el abuso de alcohol o de drogas. Se piensa que la rehabilitación permite a los pacientes superar cualquier abuso (de sustancias) para evitar las consecuencias psicológicas, legales, económicas, sociales y físicas que éste puede causar. En cambio, en la rehabilitación cardiaca se orienta a varones y mujeres que han sufrido un infarto de miocardio o a los que se ha practicado una intervención de *bypass* arterial coronario para que recuperen una función orgánica y social completa, generalmente con la ayuda de fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia y farmacoterapia. Es interesante señalar que, con frecuencia, las funciones físicas y orgánicas se recuperan casi por completo, mientras que la disfunción sexual parece tender a la cronicidad. En el artículo citado de este número de la Revista<sup>1</sup>, casi un 53% de los varones presentaba una

VÉASE ARTÍCULO EN PÁGS. 917-22

Correspondencia: Ernst R. Schwarz, MD, PhD, FESC, FACC, FSCAI.  
Division of Cardiology. Cedars-Sinai Medical Center.  
8700 Beverly Blvd, Suite 6215. Los Angeles, CA 90048, Estados Unidos.  
Correo electrónico: ernst.schwarz@cshs.org

Full English text available from: [www.revespcardiol.org](http://www.revespcardiol.org)

DE que se asociaba a la edad avanzada, la presencia simultánea de diabetes mellitus, hipertensión, tabaquismo y tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina y diuréticos. Los autores consideran que esta cifra es enorme para esta población, aunque podría argumentarse que parece tratarse de una clara infravaloración, como consecuencia de dos factores principales: *a)* la infranotificación por parte de los pacientes, y *b)* posibles errores metodológicos del estudio.

En comparación con el estudio Massachusetts Male Aging<sup>2</sup>, la prevalencia descrita de la disfunción eréctil (DE) en los varones parece ser muy baja, puesto que se ha descrito que la prevalencia de la DE en los varones de más de 50 años es alta o incluso superior a las cifras indicadas aquí en un grupo de pacientes considerados de alto riesgo. Resulta sorprendente que una población considerada de alto riesgo, es decir, con factores de riesgo o equivalentes de enfermedad coronaria, aterosclerosis e ictus (de parecen ser también factores de riesgo de DE del varón), tenga una prevalencia de DE similar (pero no superior). No hay explicación alguna para esta observación inesperada, y la asociación entre los factores de riesgo vascular (como los indicados en el artículo, es decir, diabetes, tabaquismo, etc.) y sus posibles consecuencias de disfunción endotelial y DE confirma lo indicado por datos bien conocidos. Además, solamente un 20% de los varones con DE estaban tomando inhibidores de PDE-5, lo cual parece un porcentaje relativamente bajo en comparación con nuestra experiencia. Muchos pacientes de este estudio presentaban contraindicaciones para el uso de inhibidores de la PDE-5, debido al uso simultáneo de nitratos y a la presencia de una isquemia miocárdica activa. Sin embargo, resulta difícil comprender cómo se realiza la rehabilitación en pacientes con una isquemia miocárdica persistente (sin un control de la isquemia) y por qué, en otros pacientes, no era posible sustituir los nitratos si era clínicamente posible y estaba indicado. Como decía Goethe, «no basta saber, sino también aplicar el saber; no basta querer, es preciso obrar». Pero antes de poder hacer, es preciso abordar varias cuestiones para comprender mejor los problemas de la disfunción sexual, en especial en pacientes con enfermedades vasculares subyacentes. El artículo de Maroto-Montero et al<sup>1</sup> incluye algunas afirmaciones que carecen de un apoyo científico completo y de las necesarias referencias suficientes en la bibliografía. No hay datos publicados sobre la prevalencia de la DE en los varones con insuficiencia cardiaca<sup>3</sup>, y no se comentan en absoluto los datos existentes sobre la eficacia real de los inhibidores de la PDE-5 en grupos de alto riesgo (como los diabéticos), en los que la efectividad se ve claramente reducida, por no hablar de la insatisfacción persistente de una parte de los pacientes que utilizan un tratamiento con inhibidores de

la PDE-5 a largo plazo. Por otro lado, con más de 100 millones de prescripciones de estos fármacos tras sólo unos años de comercialización de los inhibidores de la PDE-5 solamente en los Estados Unidos, su uso ha aumentado de manera constante y, a diferencia de lo que sugieren los autores, no ha sido aceptada tan solo por un «pequeño» porcentaje de pacientes. Los autores podrían correlacionar el número actual de prescripciones de sildenafil, por ejemplo, con el número propuesto de 150 millones de varones con DE en todo el mundo que, por cierto, es una subestimación. Además, los autores afirman que un programa de rehabilitación cardiaca puede ser eficaz en el tratamiento de la DE. A pesar de que esto tendría un enorme valor, tanto para el individuo como desde un punto de vista económico, estos efectos nunca se han demostrado ni se han estudiado de manera convincente. Por el contrario, un estudio reciente indica que solamente la terapia sexual específica logró mejorar de manera efectiva la frecuencia y la calidad de la actividad sexual en un programa de pacientes en rehabilitación cardiaca<sup>4</sup>.

A pesar de que se menciona la idea de planes de acción multidisciplinarios, no se comentan todas las referencias bibliográficas adecuadas, como las aportadas por el estudio de Jackson<sup>5</sup> sobre un conjunto de clínicas de DE del Reino Unido o el trabajo de nuestros estudios sobre las clínicas multidisciplinarias de DE<sup>6</sup> de Estados Unidos. Además, no se analiza la disfunción sexual femenina, que consta de varios subapartados, como trastorno sexual hipoactivo, trastorno de activación sexual femenina o trastorno de dolor, entre otros<sup>7</sup>, a pesar de que parece que los factores de riesgo que contribuirían a la DE masculina son también factores de riesgo de disfunción sexual femenina<sup>8</sup> y de que la prevalencia del trastorno sexual femenino parece ser tan alta como la DE del varón (al menos en los pacientes con insuficiencia cardiaca<sup>3</sup>).

En general, y en cierta medida, la infranotificación parece ser un problema sociocultural, puesto que las poblaciones de diferentes orígenes culturales podrían ser reacias a comentar libremente los problemas sexuales con los prestadores de asistencia sanitaria<sup>6</sup>.

Las cuestiones de calidad de vida no se examinan en este estudio. Además, no se ha evaluado ni se ha analizado el efecto de la medicación antidepressiva en la DE, comparado con el efecto de la ansiedad y la depresión aguda en la función sexual. El estudio insuficiente por parte de los médicos y la falta de conocimientos sobre los efectos terapéuticos, los efectos secundarios y las interacciones farmacológicas, por ejemplo entre los inhibidores de la PDE-5 y otras medicaciones cardiovasculares, comportan otros problemas que los autores mencionan con brevedad. Concretamente, se ha discutido sobre los efectos terapéuticos y los efectos secundarios de los betabloqueantes beta en la función y la disfunción

sexual<sup>9</sup>. Hubiera sido interesante disponer de más datos relativos a la capacidad cardiaca, la fracción de eyección, los índices de función cardiaca, el condicionamiento físico, la insuficiencia cardiaca, etc., que pueden contribuir claramente a la disfunción sexual<sup>10</sup>. Además, la DE no debe considerarse un «fenómeno de todo o nada». La mayoría de los cuestionarios que intentan estimar de manera semicuantitativa la gravedad de los problemas sexuales del varón utilizan, por lo tanto, un sistema de puntuación. La evaluación y la determinación de la DE se basó en el Sexual Health Inventory for Men (SHIM). Al utilizar un valor de corte de la puntuación en 20, los autores identificaron a 216 (52,6%) pacientes como afectados de DE y realizaron los análisis posteriores sobre la base de esta evaluación. El SHIM, que es una escala de valoración de cinco apartados, pretende ser un instrumento de detección utilizado para obtener una evaluación rápida e identificar a los individuos que necesitan de un estudio diagnóstico más detallado. Sin una cuidadosa evaluación adicional por especialistas, esta clasificación rigurosa de la DE podría contribuir a producir un diagnóstico inexacto de ésta. El empleo de una evaluación más global y detallada para la determinación de la DE sería una mejora importante.

Es preciso resaltar que no hay ningún tratamiento que cure la DE, pero las puntuaciones de DE podrían mejorar, al menos transitoriamente, incluso en varones con una DE grave.

Debe alabarse la decisión de los autores de incorporar al estudio mediciones psicológicas como las de la depresión y la ansiedad. La investigación observó que la ansiedad y la depresión se asociaban simultáneamente a DE en los pacientes en rehabilitación cardiaca. No obstante, se plantean algunas cuestiones relativas a estas mediciones psicológicas que generan ciertas dudas respecto al papel de los factores psicológicos en la rehabilitación cardiaca<sup>1</sup>. No se distinguió entre la gravedad de los síntomas psicológicos y los trastornos diagnosticables clínicamente. En el estudio, la depresión se evaluó mediante el Beck Depression Inventory (BDI) y la ansiedad, con el Spielberger State Trait Anxiety Inventory (STAI). En vez de establecer diagnósticos clínicos, estas medidas valoran la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión. La presencia de síntomas de depresión y ansiedad, independientemente de su gravedad, no equivale necesariamente a la presencia de trastornos diagnosticables clínicamente. Esta distinción es importante y fundamental en la investigación sobre la psicopatología, y no se estableció claramente en este estudio. Resulta especialmente problemática la valoración de la ansiedad mediante el STAI. El STAI valora tanto la ansiedad de estado como la ansiedad de rasgo. La primera mide el nivel de activación de ansiedad en el momento de la evaluación, y la segunda

valora una tendencia estable de la personalidad a experimentar una mayor ansiedad. Ambas son similares a las mediciones de los trastornos de ansiedad definidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV)<sup>2</sup>. Las tasas de trastornos de depresión y ansiedad fueron sorprendentemente bajas. Al aplicar los valores de corte recomendados para las puntuaciones, los autores afirman que el 6,7% de los pacientes referían una depresión notable; el 11,4%, ansiedad de rasgo, y el 15,7%, ansiedad de estado. Si partimos del supuesto de que estos umbrales son aceptables para identificar los trastornos de depresión y ansiedad, es de destacar que (en comparación con lo habitualmente indicado en la literatura médica) estas tasas de prevalencia eran sorprendentemente bajas en un programa de rehabilitación cardiaca. Por ejemplo, estudios previos han sugerido que las tasas de prevalencia de los trastornos depresivos se estiman en un 15-27%<sup>11</sup>, y las de los trastornos de ansiedad pueden llegar a ser de un 36%<sup>12</sup>. En los estudios de Todaro et al<sup>11,12</sup>, los varones de un programa de rehabilitación cardiaca indicaron una prevalencia de trastornos depresivos del 9% y de trastornos de ansiedad de un 25%. Sean cuales sean los valores de referencia utilizados, las tasas de depresión y ansiedad fueron muy inferiores en este programa<sup>3</sup>. Como se ha indicado antes, no se valora ni se describe el tratamiento de la depresión y la ansiedad. No está claro que los autores hayan valorado si estos varones recibían algún tratamiento para los trastornos psicológicos. El empleo de un tratamiento para la ansiedad o la depresión influiría indudablemente en las respuestas dadas en los instrumentos de valoración de la ansiedad y la depresión si el tratamiento resultaba eficaz. Al basar las valoraciones en lo indicado por los propios pacientes, el estudio puede haber infravalorado las tasas reales de depresión y ansiedad. Además, muchas medicaciones para la ansiedad y la depresión, en especial los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), pueden tener efectos secundarios sexuales e inducir una disfunción sexual<sup>4</sup>.

El papel de los factores psicológicos no está claro. Los autores no analizan el papel de los factores psicológicos (ansiedad y depresión) y sus relaciones con la DE en el estudio. La disfunción sexual y la DE constituyen, ciertamente, un fenómeno complicado en el que intervienen factores fisiológicos, psicológicos y sociales. Aparte de referirse a estos factores psicológicos como trastornos relacionados, no hay unos fundamentos ni hipótesis que describan cómo influyen en el desarrollo y la persistencia de la DE. Por ejemplo, tanto la depresión como la ansiedad pueden ser factores desencadenantes que conduzcan a la aparición o la exacerbación de la DE o ser consecuencia de ésta. Debido a su diseño transversal, este estudio no podía abordar la direccionalidad causal

entre la DE y los factores psicológicos, ni podemos deducir si la depresión y la ansiedad interactúan ni cómo interactúan con factores fisiológicos y biomédicos que contribuyen a producir la DE en estos pacientes<sup>5</sup>. Por último, no se pudo determinar si la depresión y la ansiedad se asociaban a la DE por separado o conjuntamente. Aunque la depresión y la ansiedad son dos constructos psicológicos distintos, es bien conocida la intensa asociación entre ambas. El estudio no analiza las posibles correlaciones existentes entre depresión, ansiedad de estado y ansiedad de rasgo, lo cual no nos permite evaluar si se midieron aspectos diferenciados o diferentes de la disfunción psicológica. En el análisis de regresión logística, no está claro por qué se incluyó en el modelo final solamente la ansiedad de estado pero no la depresión ni la ansiedad de rasgo. ¿Se debe a que las altas correlaciones entre las medidas psicológicas causaban un problema de multicolinealidad o a que el efecto de la ansiedad de estado era significativamente más potente que el de los demás parámetros? Los autores no logran justificar estas cuestiones, que pueden tener una importante trascendencia teórica y empírica.

Las conclusiones del estudio, por muy bien que sue- ne aportar «buena información» a los pacientes, no acaban de sustentarse en los resultados presentados. Como mérito indudable del trabajo presentado en este número de la revista, conviene resaltar que: *a*) es absolutamente necesario abordar y estudiar la disfunción sexual en los varones y en las mujeres con enfermedades cardiovasculares subyacentes (como se hace aquí), y *b*) es útil publicar artículos que motiven respuestas controvertidas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Maroto-Montero JM, Portuondo-Maseda MT, Lozano-Suárez M, Allona A, De Pablo-Zarzosa C, Morales-Durán MD, et al. DE en pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:917-22.
2. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*. 1994;151:54-61.
3. Schwarz ER, Kapur V, Bionat S, Rastogi S, Gupta R, Rosanio S. The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. *Int J Impot Res*. 2008;20:85-91.
4. Klein R, Bar-on E, Klein J, Benbenishty R. The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007;14:672-8.
5. Jackson G. A male cardiovascular sexual health clinic. *Int J Clin Pract*. 2002;56:631.
6. Schwarz ER, Rastogi S, Rodriguez JJ, Kapur V, Sulemanjee N, Gupta R, et al. A multidisciplinary approach to assess erectile dysfunction in high-risk cardiovascular patients. *Int J Impot Res*. 2005;17 Suppl 1:37-43.
7. Schwarz ER. Sexual function in women with heart disease and coronary artery disease. *Int J Impot Res*. 2007;19:341-2.
8. Berman JR. Physiology of female sexual function and dysfunction. *Int J Impot Res*. 2005;17 Suppl 1:44-51.
9. Rastogi S, Rodriguez JJ, Kapur V, Schwarz ER. Why do patients with heart failure suffer from erectile dysfunction? A critical review and suggestions on how to approach this problem. *Int J Impot Res*. 2005;17 Suppl 1:25-36.
10. Schwarz ER, Rastogi S, Kapur V, Sulemanjee N, Rodriguez JJ. Erectile dysfunction in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol*. 2006;48:1111-9.
11. Todaro JF, Shen BJ, Niaura R, Tilkemeier PL. Prevalence of depressive disorders in men and women enrolled in cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil*. 2005;25:71-5.
12. Todaro JF, Shen BJ, Raffa SD, Tilkemeier PL, Niaura R. Prevalence of anxiety disorders in men and women with established coronary heart disease. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2007;27:86-91.