

11227 37  
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

**DISFUNCION SEXUAL EN PACIENTES  
POS INFARTO AL MIOCARDIO**

**TESIS DE POSTGRADO**  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
**MEDICO INTERNISTA**  
**P R E S E N T A :**  
**DR. MARCO ANTONIO RAMIREZ TORRES**

ASESOR: FELIPE INIESTRA FLORES.

0270855



**IMSS**  
**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN.**

MEXICO, D. F.

MARZO DE 1997



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

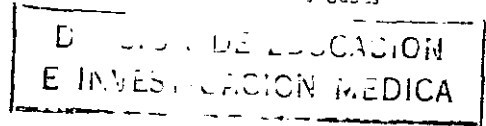
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DISFUNCION SEXUAL EN PACIENTES  
POS INFARTO AL MIOCARDIO**

No de Registro Definitivo: 986900021



hospital de la cruz



**JEFE DE DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA:**

DR. ARTURO ROBLES PÁRAMO: \_\_\_\_\_

**TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE MEDICINA INTERNA:** \_\_\_\_\_

DR. ALBERTO FRATI MUNARI: \_\_\_\_\_

ALUMNO: \_\_\_\_\_

DR. MARCO ANTONIO RAMÍREZ TORRES: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMIENTOS**

**†A mi madre:**

*Por que gracias a su esfuerzo estoy aquí.*

**A mi esposa y mi hija:**

*Por ser el motivo de mi esfuerzo.*

**A mi amigo GUILLERMO DOMÍNGUEZ HERRERA:**

*Por su amistad y valiosa ayuda para la realización de este trabajo.*

**A todos mis amigos del HE CMR y en especial a los bándalos :**

*Por su amistad sincera.*

# INDICE

<b>HOJA DE REGISTRO</b>	<b>1</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>3</b>
<b>MATERIAL Y METODOS</b>	<b>5</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>6</b>
<b>DISCUSION</b>	<b>7</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>8</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>9</b>
<b>GRAFICAS</b>	<b>10</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>13</b>
<b>ANEXO 2</b>	<b>15</b>

## RESUMEN:

TÍTULO: Disfunción sexual en pacientes posinfarto al miocardio.

OBJETIVO: Determinar la incidencia de disfunción sexual en pacientes posinfarto al miocardio.

### MATERIAL Y METODOS:

Para determinar la incidencia de disfunción sexual en pacientes posIM se aplicó una encuesta a los enfermos del HECMR que habían padecido MI 8 a 15 semanas antes, los cuales tuvieron vida sexual estable de por lo menos un año. No se incluyeron los que tenían diagnóstico de disfunción sexual previo al ingreso al estudio y aquellos con pérdida de la pareja posterior al infarto.

### RESULTADOS:

Se estudiaron 57 enfermos, 40 hombres y 17 mujeres, con edad promedio de 50 años y 46 años respectivamente. Se identificó disfunción sexual en 20 pacientes (43.8%). 16 hombres (64%) y 9 mujeres (36%). Las alteraciones en la función sexual más frecuentes fueron para el sexo masculino: impotencia (15%), disminución de la libido (12%), dificultad para la erección (9%) y eyaculación precoz (6%); en el sexo femenino la disminución de la libido (19%) y dispereunia (14%) fueron las más frecuentes. No se encontró que la presencia de depresión, uso de propranolol o tiacidas aumentara la incidencia de disfunción sexual.

### CONCLUSIONES:

En este estudio se encontró una elevada incidencia de disfunción sexual en los pacientes posinfarto al miocardio. La presencia de depresión, uso de propranolol y tiacidas no aumenta la incidencia de disfunción sexual.

### PALABRAS CLAVE:

Disfunción sexual, Infarto, depresión, propranolol, tiacidas.

### SUMMARY:

We make a questionnaire to 57 patients that underwent myocardial infarction eight to 15 weeks before, 40 were male and 17 female with mean age 50 and 46 years respectively, to order to know the prevalence of sexual dysfunction in our environment forty eight percent manifested disease related sexual dysfunction. Sexual activity decrease in 52% was unchanged in 30% in male. For female decreased in 35% and was not reinitiated in 30%. The registered disturbances were impotence in 15%, decrease libido in 12% and dyspareunia in 19%.

Key words: sexual dysfunction, infarction.

## **INTRODUCCIÓN**

La calidad de vida es una medida psicométrica importante en los pacientes crónicos, dentro de los cuales se encuentran los que han sufrido un Infarto al Miocardio (IM); y la Actividad Sexual (AS) se incluye dentro de los parámetros evaluados ya que ejerce una gran influencia en la autoestima y estabilidad emocional, en la relación con la pareja y en la armonía del núcleo familiar. Sus alteraciones como son la impotencia, disminución de la libido, dificultad para la erección, eyaculación precoz y retardada, dispareunia, frigidez, disminución de la lubricación de la vagina y vaginismo, ocasionan con frecuencia un desajuste biopsicosocial que puede conducir a un intenso sufrimiento y graves conflictos. (1,2,3,4).

La gran prevalencia de las Enfermedades de las Arterias coronarias (EAC) la a convertido en un foco de considerable atención en los últimos años, con particular énfasis en la rehabilitación de quienes han sufrido un IM. Con la mortalidad por IM en descenso, la responsabilidad de dar a estos pacientes un manejo integral es cada vez mayor. La meta de la rehabilitación cardíaca es mejorar la calidad de vida a niveles fisiológicos, psicológicos, emocionales y sociales óptimos compatibles con la capacidad funcional del paciente. (5,6,7).

En el paciente cardiopata tanto en el no tratado como en el sujeto a tratamiento médico, son frecuentes los problemas de desequilibrio biopsicosocial que frecuentemente involucran la AS del individuo. Es frecuente que estos pacientes se vuelvan más pasivos, ansiosos, deprimidos y experimenten preocupaciones somáticas crecientes, alteraciones del sueño y del apetito, con algunos trastornos en su relación marital y en especial con su AS. (8,9,10).

La EAC puede afectar tanto la calidad como la cantidad de la AS. En un estudio de Pinderhughes y cols. Se observo una disminución del 58% en la AS en los pacientes que habían sufrido un evento coronario. Resultados similares fueron descritos por Bloch y cols. En un estudio de 100 pacientes después de IM. En un estudio para investigar los efectos a largo plazo del IM en la función sexual y marital Mehta encontró que el 37% de los pacientes tenían eyaculación precoz, 54% manifestaron retardo en la eyaculación y 60% tuvieron dificultad para la erección. Abramau, en uno de los pocos estudios para evaluar la AS de los pacientes femeninos encontró frigidez e insatisfacción en 65% de los sujetos estudiados, comparado con el 24% de los controles que fueron hospitalizados por problemas no cardíacos. (11,12).

La causa de impotencia más frecuentemente observada en la práctica es la psicológica y generalmente se asocia con depresión y ansiedad lo que desencadena un círculo vicioso. Una de las causas más comunes de impotencia orgánica es la yatrogénica, producida por fármacos. Los pacientes con IM con gran frecuencia son tratados con medicamentos que pueden causar disfunción sexual. La acción antihipertensiva a nivel central de drogas como la metildopa y reserpina pueden afectar la potencia sexual en un tercio de los pacientes.

Drogas de acción periférica como la guanetidina pueden provocar alteraciones de la eyaculación en cerca del 60% de los sujetos. Los diuréticos pueden impotencia y alteraciones de la eyaculación en un tercio de los pacientes. El beta-bloqueador propranolol que se usa comúnmente en los pacientes con IM previo puede también afectar la función sexual por un efecto a nivel central, en un estudio de Burnett y Chaine para investigar la función sexual en pacientes con tratamiento crónico con propranolol reportaron que el 15% desarrollaron impotencia, 28% tuvieron disminución de la potencia sexual y 4% presentaron disminución de la libido. (13,14).

Se han utilizado diversos instrumentos para evaluar la disfunción sexual, Navarro y cols en un estudio para evaluar las alteraciones de la función sexual en pacientes posinfartados realizaron una encuesta para determinar que tipo de alteraciones presentan de acuerdo con los resultados previamente reportados por lo cual utilizaremos la misma encuesta para el propósito de este estudio y los criterios del DSM IV para determinar su asociación con depresión. (15,16).



## MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 57 enfermos adultos de ambos sexos que habían padecido I. M . Fueron captados de la consulta de Medicina Interna y Cardiología . Los criterios de inclusión fueron : Diagnóstico de I.M. de 8 a 16 semanas de evolución , vida sexual activa al menos 1 año antes de I.M y el tener pareja sexual estable de por lo menos 1 año de evolución. No se incluyeron los que tenían diagnóstico de disfunción sexual previo al I.M, diagnóstico de depresión previo al ingreso del estudio y aquellos con perdida dela pareja posterior al I.M.

A todos los pacientes se les aplicó un cuestionario con preguntas cerradas el cual cubrio varios aspectos como estado civil, actividad sexual previa y posterior a la enfermedad, presencia de alteraciones sexuales y efecto de los fármacos en la esfera sexual. (Anexo 1). También se identifico la asociación de disfunción sexual y depresión deacuerdo a los criterios de DSM IV. (Anexo 2).

El análisis estadístico se realizó con las pruebas de chi cuadrada para comparar proporciones de variables dicotomicas nominales y prueba exacta de Fisher, se considero p estadisticamente significativa menor a 0.5.

## RESULTADOS.

De los enfermos estudiados 40 (70%) correspondieron al sexo masculino y 17 (30%) al sexo femenino con una edad promedio de 50 años y 46 años respectivamente. De los pacientes masculinos, 70% eran casados, 26% solteros y 4% divorciados. En cuanto al sexo femenino 80% eran casadas, 15% divorciadas y 5% viudas.

En relación a la actividad sexual previa esta disminuyó en 52% en los hombres, 28% no la reinició y el 30% no se modificó. En las mujeres el 30% se disminuyó, 35% no la reinició y 35% no se modificó.

Se identificó disfunción sexual en 25 de los enfermos (43.8%). 16 masculinos y 9 femeninos, al realizar la comparación de proporciones de acuerdo al sexo no hubo diferencia estadísticamente significativa ( $p= 0.5425$ ). 40 pacientes tomaban propranolol (70%) y se asoció a disfunción sexual en 11 (27.5%). La comparación de proporciones en relación al uso de BB mostró que el uso de propranolol se relacionó con una menor incidencia de disfunción sexual ( $p= 0.006$ ). La variable depresión se encontró en 34 enfermos y se asoció a disfunción sexual en 15 de ellos (60%) con una  $p= 0.8225$ . El uso de tiacidas estuvo presente en 20 enfermos (35%) de los cuales solo 5 presentaron disfunción sexual con una  $p= 0.8813$ .

Las alteraciones en la función sexual observadas con mayor frecuencia en el sexo masculino fueron impotencia 15%, disminución de la libido 12%, dificultad para la erección y eyaculación precoz 6%; 19% de las mujeres presentó disminución de la libido y dispareunia en 14%.

## **DISCUSION.**

Los datos que se encontraron en este estudio son similares a los reportados en la literatura, se identifico disfunción sexual en el 43% de los enfermos, 15% de los hombres presentaron impotencia, 12% disminución de la libido, dificultad para la erección 9% y eyaculación precoz 9%; en las mujeres las alteraciones en la función sexual encontradas fueron disminución de la libido y dispareunia con un 19% y 14% respectivamente.

De las variables analizadas : depresión, uso de propranolol y tiacidas para determinar si su presencia influía en forma desfavorable sobre la función sexual, ninguna de ellas mostró diferencia estadísticamente significativa; solo en el grupo de pacientes masculino que tomaban propranolol se encontró una menor frecuencia de disfunción sexual.

## **CONCLUSIONES.**

1. Los pacientes pos MI cursan con alteraciones de la función sexual en forma importante.
2. La presencia de depresión, uso de propranolol y diuréticos tiazidas no aumenta la incidencia de disfunción sexual en pacientes pos MI.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hillers KT, Guyatt HG, Oldrige N, et al. Quality of life after myocardial infarction. *J Clin Epidemiol* 1994; 47 (11): 1287-96.
2. Velasco JA, Del Barrio V, Mestre MV, et al. Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes posinfarto. *Revista española de Cardiología* 1993; 46 (9): 552-8.
3. Oldridge N, Guyatt HG, Jones N, et al. Effects of quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1991; 67: 1084-9.
4. Guyatt H.G, Kirshner B, Jaeschke R. Measuring health status: what are necessary measurement properties?. *J Clin Epidemiol* 1992; 45 (2): 1341-5.
5. Greenland P, Chu JS. Efficacy of cardiac rehabilitation services. *Ann Intern Med* 1988; 109; 650-63.
6. Heller RF, Knapp JC, Valenti LA, et al. Secondary prevention after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1993; 72: 759-62.
7. Maclane M, Krop K, Jawah. H, et al. Psychosexual adjustment and counseling after myocardial infarction.
8. Keith P, Weinman J, Sharpe N, Bucklely J. Role of patient's view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ*; 312: 1191-4.
9. Cleophas TJM, de Long SJ, Niemeyer MG, Tavenier P, et al. Changes in life style in men under sixty years of age before and after acute myocardial infarction: a case control study. *Angiology* 1993; 44: 761-8.
10. Papadopoulos MD, Larrimore P, Cardin S, Shelley S. Sexual concerns and needs of the postcoronary patient's wife. *Arch Intern Med* 1980; 140: 38-41.
11. Metha J, Krop HB. The effects of myocardial infarction on sexual functioning. *Sex Disabil* 1979; 2: 115-21.
12. Papadoulos C, Beamont C, Shelley S, Larrimore P. Myocardial infarction and sexual functioning. *Sex Disabil* 1979; 2: 115-21.
13. Papadoulos C. Cardiovascular drugs and sexuality. *Arch Intern Med* 1980; 140:1341-15.
14. Howrad M, Procci W. Sexual Dysfunction associated with oral antihypertensive medication: a critical survey of the literature. *General Psychiatry* 1982; 121-9.
15. Navarro JR, Luna DP, Aceves MC, et al. Alteraciones sexuales posinfarto al miocardio. *Revista Mexicana de Cardiología* 1990; 1 (2): 35-41.
16. DSM IV CRITERIOS DIAGNOSTICOS. WASHINGTON. 1994

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

### INCIDENCIA DE DISFUNCION SEXUAL



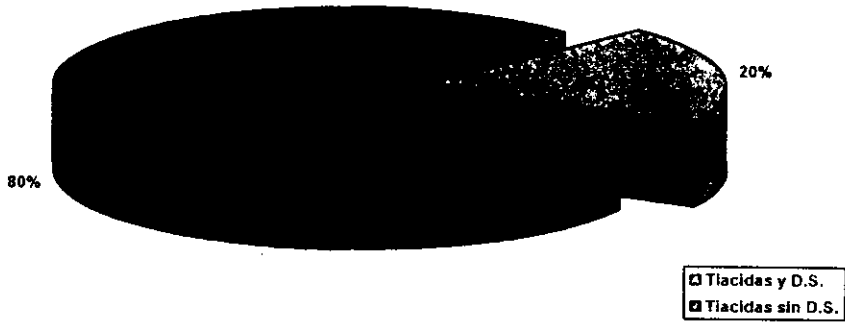
### DEPRESION Y DISFUNCION SEXUAL



USO DE PROPRANOLOL D.S.



TIACIDAS Y D.S.



FALTA PAGINA

No. **12**



(ANEXO 1)

## **CUESTIONARIO PARA ENFERMOS**

NOMBRE \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

1. ¿ A cursado con disfunción sexual (DS) posterior a su enfermedad?      Sí      NO  
**SERVICIOS: MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGIA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
AFILIACION: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizó mi participación en el proyecto de investigación titulado:  
"DISFUNCION SEXUAL EN PACIENTES POSINFARTADOS".

Registrado ante el comité local de investigación, el objetivo de esta investigación es conocer la frecuencia con que se presenta la disfunción sexuales la población de pacientes posinfartados del HE CMR.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar los cuestionarios de síntomas de disfunción sexual y depresión.

Entiendo que conservo el derecho de no aceptar el cuestionario si lo considero conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

2. ¿ Considera que su enfermedad puede progresar desfavorablemente por DS ?      Sí      NO

3. ¿ Antes de su enfermedad curso con DS?      Sí      NO

4. Si es afirmativa la respuesta, estas fueron condicionadas por:  
Usted      Su pareja      Lo ignoro

5. ¿ Cree conveniente recibir informes sobre su actividad sexual (AS)?      Sí      NO

6. Si la respuesta es no señale por que:
- a. No es útil
  - b. Puede prestarse a otra interpretación
7. ¿Tiene algún temor para reiniciar su AS?
- a. Angustia
  - b. Riesgo de otro infarto
  - c. Miedo a la muerte
8. ¿Modifico su AS a partir de su enfermedad?
- a. No
  - b. Disminuyo su frecuencia
  - c. No ha tenido
  - d. Aumento
9. ¿Qué alteraciones sexuales ha presentado desde su enfermedad?
- a. Impotencia
  - b. Falta de apetito sexual (libido)
  - c. Dificultad para la erección
  - d. Eyaculación precoz
  - e. Eyaculación tardía
  - f. Dolor durante la relación (Dispareunia)
  - g. Frigidez
  - h. Espasmo vaginal (vaginismo)
  - i. Disminución de lubricación vaginal
10. ¿Qué medicamentos esta tomando?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

(ANEXO 2)

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DSM IV PARA EPISODIO DEPRISIVO MAYOR.

A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida del interés o de la capacidad de placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día como lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad de placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el sujeto u observada por los demás)

(3) pérdida importante de peso pero sin hacer régimen o aumento de peso (más de 5% en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día

(4) insomnio o hipersomnio casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día

(6) fatiga o pérdida de energía

(7) Sentimiento de inutilidad o culpa

(8) disminución en la capacidad de concentrarse

(9) pensamiento recurrentes de muerte

B. Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan deterioro social o laboral importantes.

D. No se encuentra otro factor desencadenante.

E. Los síntomas no se explican por la presencia de un duelo, los síntomas persisten por más de dos meses.