

Capítulo 67

La actividad sexual en los enfermos del corazón

Dr. David Chaparro Pardo

Médico especialista en Medicina Interna. Médico adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción a la actividad sexual en los enfermos del corazón

«Nada hay difícil para un amante.» (Cicerón)

La vuelta a las actividades diarias del paciente cardiópata genera miedo y ansiedad. Ante la perspectiva de la posibilidad de un nuevo evento cardiovascular, o de la aparición de disnea o dificultad para respirar, el paciente siempre sufre al plantearse cuándo iniciar nuevamente las actividades de la vida diaria.

Entre esas actividades se encuentra la sexual, que resulta muy particular por varias razones:

- Su planteamiento teórico ya genera ansiedad anticipatoria.
- La vergüenza que se siente por preguntar al médico cuándo se puede reintroducir el sexo en la vida puede llevar a evitarlo de forma continua.
- El miedo a sufrir un nuevo cuadro de dolor torácico o de sensación de ahogo por el esfuerzo puede conducir a la aversión al sexo, al considerarlo como una actividad muscular excesiva.
- El abandono de la actividad sexual a veces conlleva la ruptura de la pareja.

Además, la disfunción sexual en el varón tras sufrir un infarto de miocardio está bien documentada, variando

entre el 38-78% de los hombres. Destacan síntomas como la disminución de la libido, trastornos de la eyaculación e impotencia. El 65% de las mujeres que han pasado por un episodio coronario sufre frigidez e insatisfacción.

En este capítulo se van a intentar aclarar la mayor parte de las dudas que se pueden presentar a los enfermos del corazón con respecto a su actividad sexual. De forma habitual se hará referencia a pacientes con cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca, al tratarse de las dos patologías más prevalentes en nuestro medio.

Comportamiento del corazón durante la actividad sexual

El coito es un ejercicio físico que pasa por distintas fases y, por tanto, tiene diferentes gastos en función del momento en el que se encuentre. Como en todo ejercicio físico, el número de latidos cardíacos es mayor que en una situación de reposo, por lo que aumenta el consumo de energía por parte del corazón.

El número de latidos en la fase precoital es menor que durante el coito. A lo largo de éste, cuando más se le exige al corazón, desde el punto de vista energético, es en el orgasmo, en el que se llega de media a unos 117 latidos por minuto.

Durante el coito, el corazón aumenta su gasto, lo que significa que al incrementarse el número de latidos, el corazón necesita más energía; es decir, requiere más

oxígeno y más nutrientes. Este oxígeno llega vehiculado por la sangre a través de las arterias coronarias. Si las arterias están muy cerradas, el oxígeno no llega al corazón y entonces se produce un cuadro de dolor (lo que en capítulos previos se ha denominado *angina*). Ahora bien, si las arterias están lo suficientemente abiertas como para que la sangre pase sin problemas, el oxígeno llega al corazón, y éste puede aumentar la frecuencia cardíaca e incrementar su gasto energético sin que se produzca dolor.

Todos los corazones, no sólo los enfermos, presentan un límite, y cada actividad tiene una exigencia. Pues bien, todo paciente que pueda subir dos pisos de escaleras sin sufrir dolor torácico y/o disnea puede mantener relaciones sexuales con normalidad. En pacientes sanos y enfermos la exigencia en el coito es la misma, pero el límite lo marca la enfermedad. El paciente con un corazón enfermo capaz de subir esos dos pisos podrá mantener relaciones sexuales con normalidad.

Las relaciones sexuales en un paciente con enfermedad cardíaca

Un paciente con enfermedad cardíaca puede mantener relaciones sexuales; no obstante, siempre existe un pero. Puede volver a tener relaciones sexuales siempre que, como se ha señalado, sea capaz de subir dos pisos de escaleras sin notar disnea ni dolor torácico similar al de su angina previa. Esto se debe a que la energía que el corazón necesita durante el coito equivale aproximadamente a la ascensión de dos pisos de escaleras, es decir, requiere 3,5-5 met de energía.

Si un paciente no es capaz de aguantar el ascenso de dos pisos, eso significa que con ejercicios

que requieran más de 3 met de energía va a notar dolor en el pecho, lo que implica que se puede reproducir la sintomatología y volver a tener una repetición de la enfermedad cardíaca.

Ésta es la única causa que evita realmente que un paciente vuelva a mantener relaciones sexuales. Los enfermos que siguen un plan de rehabilitación cardíaca pueden mejorar su respuesta al ejercicio, de forma que al principio de su rehabilitación no sean capaces de aguantar esfuerzos de 3 met de energía y con posterioridad sí puedan hacerlo.

Los casos de depresión acompañante no son escasos. El pensamiento de inutilidad o incapacidad se hace muy patente en pacientes afectados de patología cardíaca. Es lógico por la gran impotencia que produce saber que es muy posible que no se vaya a recuperar plenamente la actividad que antes podía desempeñarse. Además, la respuesta social ante la patología del corazón siempre ha sido muy alarmista, y su sufrimiento introduce al paciente en el mismísimo centro de esa alarma social. Estos cuadros depresivos, junto con algunos efectos secundarios de la medicación, como la impotencia o la disminución del apetito sexual, son problemas tratables para conseguir devolver al paciente a su vida normal.

Retorno del paciente al mantenimiento de las relaciones sexuales

El paciente podría volver a mantener relaciones sexuales a las dos semanas de haber sufrido el infarto agudo de miocardio (en el caso de tratarse de esta patología). Asimismo, cuando la agudización de la insuficiencia cardíaca está perfectamente controlada, el paciente puede volver a su actividad sexual habitual; y cuando se ha sometido a cirugía cardíaca, puede incorporar la actividad sexual a su día a día más precozmente, a los siete días aproximadamente.

Aun así, por la ansiedad o el miedo que supone incorporar la actividad sexual en el seno de la pareja, es recomendable que el reinicio de las relaciones sexuales sea una decisión conjunta y hablada. Siempre va a existir el temor a una agudización de la enfermedad, o a una muerte repentina en el momento del coito, y es necesario superar ese miedo en común. Por eso, aunque médicamente se pueda volver a tener relaciones sexuales a las dos semanas del evento isquémico, el paciente y su pareja serán quienes decidan cuándo dar ese paso.

TABLA 1. Gasto energético de algunas actividades físicas

Actividad	Gasto energético en met
Conducir	1,1
Estar de pie	1,4
Cocinar	2,6
Ascender dos pisos de escaleras	3,0
Pasear a 5 km/h	3,4
Llevar 10-20 kg	4,6
Pasear a 7 km/h	6,0
Correr a 9 km/h	8,6



El reinicio de la actividad sexual tras un infarto de miocardio debe ser una decisión conjunta de la pareja.

Riesgo de una agudización durante las relaciones sexuales

El riesgo de agudización es bajo. Como ocurre en todas las actividades de la vida, siempre existe un riesgo que se debe asumir. Son muchas las circunstancias que pueden llevar al paciente a recaer en la insuficiencia cardíaca o a sufrir un nuevo infarto. La situación basal de su corazón no es igual que la de un individuo sano y, naturalmente, su riesgo es mayor en cualquier momento. El coito no es una excepción, pero sí es verdad que depende de cómo se encuentre el paciente. Si éste es capaz de realizar esfuerzos de mediana intensidad, el riesgo de sufrir una agudización de su enfermedad durante el coito es bajo.

Un hecho contrastado es que los pacientes capaces de mantener relaciones sexuales antes de sufrir un problema cardíaco, tras superarlo, no suelen tener dificultades para reintroducir la actividad sexual en su vida.

Se han hecho estudios para valorar el riesgo del coito como elemento predisponente para sufrir un problema cardíaco. En uno de ellos se vio cómo de entre 5.559 pacientes fallecidos por causas no traumáticas, 34 casos tenían un origen cardíaco durante el coito. La implicación de éste como desencadenante de un infarto agudo de miocardio se estima entre el 0,9-1%.

La aparición de síntomas de la enfermedad de base tampoco es muy frecuente, y la presentación de angina es más habitual en la mujer con problemas cardíacos (hasta un 20% más).

Los pacientes con hipertensión deben tener buen control sobre este factor de riesgo cardiovascular. Durante la fase orgásmica del coito, la tensión arterial se eleva y en los casos en que ésta está mal controlada, se pueden alcanzar cifras peligrosas.

Tipo de relación sexual y momento del día aconsejables

Es lógico pensar que el requerimiento energético no es igual en cada coito. La ansiedad, el sentimiento de fracaso o un mayor grado de excitación pueden llevar a más gasto energético por parte del corazón y, por tanto, a una mayor exigencia que puede derivar en un agravamiento clínico del paciente.

Se ha demostrado que tras las comidas copiosas o grasas, los momentos de estrés o de gran emotividad, el gasto energético es mayor que en situaciones de tranquilidad.

También es muy importante el estado físico del paciente. Una persona que haga algo de deporte y esté delgada tiene mucho menor riesgo de sufrir problemas cardíacos durante el coito que aquellos que son sedentarios o sufren obesidad.

Por eso, el mejor momento para tener una relación sexual es por la mañana tras el descanso nocturno, o después de la siesta, es decir, en momentos de tranquilidad y cuando el paciente esté relajado. También es aconsejable tras la toma de comidas frugales y sin una abundante ingesta de alcohol. Es importante elegir una habitación habitual, cómoda y evitando las temperaturas extremas.

La mejor posición para el coito será aquella en la que el paciente no necesite realizar una importante tensión muscular y se encuentre cómodo. Es fundamental a la hora de reintroducir el sexo en la vida del paciente cardíaco que no sufra angustia, estrés o ansiedad por esta situación. Debe ser algo consecuente y pactado en el seno de la pareja.

Otro dato destacable es que la mayor parte de las complicaciones cardíacas que sufrieron los pacientes durante el coito fueron mientras mantenían relaciones sexuales con parejas no habituales. En el estudio antes mencionado sobre el número de pacientes fallecidos

por causa no traumática, de los 34 pacientes que murieron durante el coito, 27 estaban manteniendo relaciones con una pareja no habitual. El gasto energético en estos casos es mucho mayor que al mantener relaciones con la pareja habitual, llegando a gastar hasta 7 met de energía.

Los fármacos para los problemas cardíacos y la modificación de la dinámica de la actividad sexual

Desgraciadamente, los fármacos más utilizados en pacientes con problemas cardiológicos modifican la esfera de lo sexual en gran medida.

Los inhibidores de la angiotensina son un grupo de fármacos utilizados en pacientes con hipertensión, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica de forma habitual. Ejemplos de este grupo son el captopril, el enalapril, el ramipril o el lisinopril. Son fármacos seguros y con pocos efectos secundarios, aunque sí se ha descrito la posibilidad de causar disminución de la libido.

Los betabloqueantes no cardioselectivos se utilizan tanto en la insuficiencia cardíaca como en la cardiopatía isquémica; como ejemplos, el labetalol, el carvedilol, el propanolol o el carteolol, que pueden producir disminución de la libido e impotencia.

La digoxina, fármaco de segunda línea en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, y que se usa fundamentalmente para tratar la fibrilación auricular, puede producir disminución de la libido e impotencia.

Los diuréticos se utilizan en la insuficiencia cardíaca principalmente, así como en la hipertensión. Como ejemplos, la furosemida, la clorotiacida, la hidroclorotiacida y la espironolactona. Pueden producir disminución de la libido, problemas de erección y ginecomastia (sólo en el caso de la espironolactona). En la mujer puede disminuir la lubricación vaginal; asimismo, la espironolactona puede crear alteraciones de la sensibilidad de la mama.

Los bloqueantes de los canales del calcio se utilizan principalmente en la cardiopatía isquémica y en la hipertensión. Se trata de los fármacos más seguros y con menos efectos secundarios sobre la sexualidad de los pacientes. Los efectos indeseables son: dificultades de erección, disminución de la libido, trastornos menstruales, retardo en la eyaculación, ginecomastia y galactorrea.

Los hipolipemiantes, tanto los fibratos, como algunas estatinas (pravastatina y simvastatina), utilizados para

bajar el colesterol pueden producir impotencia y disminución de la libido.

Aunque parezca que todos los fármacos implicados en el tratamiento de pacientes afectos de problemas cardiológicos pueden producir disfunciones sexuales, es importante recordar que éstas aparecen en un reducido número de pacientes.

Toma de fármacos para mantener relaciones sexuales

Como ya se ha comentado, la disfunción sexual tras sufrir un infarto de miocardio aparece en un número nada desdeñable de pacientes: afecta al 38-78% de los hombres y al 65% de las mujeres. En el caso de los varones, la disminución de la libido y la impotencia son los problemas más habituales.

Cuando se necesita ayuda para solventar estos problemas, es necesario evaluar al paciente y valorar el riesgo que implica añadir un fármaco más a los que ya toma frente al beneficio que le va a suponer.

La primera ayuda que se puede ofrecer a pacientes de ambos sexos es psicológica. Hay que empezar por conseguir que la ansiedad o el miedo al fracaso desaparezcan y convencer al paciente de que las posibilidades de un nuevo episodio de dolor o disnea durante el coito no son frecuentes.

Cuando las medidas psicológicas no son suficientes y es necesaria la toma de fármacos, los más indicados son los inhibidores de la fosfodiesterasa-5, como el sildenafil (Viagra®) o el vardenafilo (Levitra®). Para la prescripción de este tipo de fármacos, el paciente debe acudir a su médico. Además, necesita presentar un bajo riesgo de complicaciones durante el coito, lo que significa que debe tener, como mucho, los siguientes problemas: hipertensión bien controlada con fármacos, angina estable, una revascularización completa en su momento, enfermedad valvular leve, insuficiencia cardíaca leve y no debe tomar nitritos como tratamiento de base.

El principal problema del uso del sildenafil o el vardenafilo en el paciente cardíopata es la toma de nitritos. El riesgo de infarto o de complicación se incrementa por la toma de ambos fármacos.

Cumpliendo esas características, y siempre bajo vigilancia médica, el paciente puede tomar inhibidores de la fosfodiesterasa para mantener relaciones sexuales con normalidad.



El ejercicio diario puede mejorar la capacidad vital del paciente.

Otros tratamientos que también se usan en el varón y que pueden ser útiles en función del estado del paciente son: la inyección de fármacos en los cuerpos cavernosos del pene para conseguir la erección (como la papaverina), el uso de mecanismos de vacío que colaboran en la llegada de sangre a los cuerpos cavernosos, y la colocación en éstos de endoprótesis.

En el caso de la mujer, los problemas más habituales son la frigidez y la insatisfacción, disfunciones sexuales cuyo tratamiento es psicológico principalmente.

Si aparecen problemas de lubricación vaginal, el tratamiento local con cremas lubricantes intravaginales suele ser suficiente para el control sintomático del problema.

Mejoras en la actividad diaria para una vida sexual más satisfactoria

El paciente puede colaborar en la mejora de su vida sexual tomando medidas de higiene en su día a día.

Es fundamental que el paciente siga un plan de ejercicio físico para la mejora de su estado general. Gracias a los planes de rehabilitación cardíaca, el corazón de los pacientes puede mejorar su respuesta al ejercicio y al esfuerzo, y ese mismo hecho mejorará la posibilidad de mantener relaciones sexuales más satisfactorias, sin la aparición de síntomas alarmantes.

Perder peso es otro elemento importante para mejorar la calidad de vida y disminuir el riesgo de sufrir alguna complicación durante la práctica del sexo.

Huelga decir que hay que seguir el tratamiento según la pauta médica, algo fundamental para el buen control de la enfermedad cardíaca. Y la principal norma

es comprender qué ha ocurrido y asumir la enfermedad. No se trata de temerla, sino de respetarla. El miedo va a conducir al abandono de uno mismo y de las actividades que antes se realizaban. Sólo con la comprensión y el respeto a la enfermedad, y sin miedo patológico, es posible retomar muchas actividades que, en el momento agudo de la enfermedad, se creían implantables, entre ellas el sexo.

Consultas más frecuentes

¿Puede un paciente con enfermedad cardíaca volver a tener relaciones sexuales?

Sí, siempre que sea capaz de subir dos pisos de escaleras y su situación clínica sea estable, el paciente será capaz de mantener relaciones sexuales sin problemas.

¿Cuándo puede volver a tener relaciones sexuales un paciente con enfermedad cardíaca?

Depende del tipo de problema sufrido. Si se trata de un infarto agudo de miocardio, a las dos semanas. Si es un episodio de insuficiencia cardíaca, cuando éste se haya resuelto y el paciente permanezca asintomático. En el resto de casos, de forma general, cuando el paciente no presente síntomas.

¿Puede morir un paciente por culpa de la práctica sexual?

Sí, pero más bien excepcionalmente. El paciente debe sufrir algún problema médico que le impida realizar ejercicios de moderada intensidad.

¿Puede tomar un paciente con enfermedad cardíaca medicamentos contra la impotencia?

Depende. Para que un paciente pueda tomar este tipo de medicamentos debe cumplir una serie de requisitos: no tomar nitritos como parte de su medicación, tener un buen control de su enfermedad, sufrir de insuficiencia cardíaca leve, tener hipertensión arterial controlada y padecer dos de los siguiente problemas: hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia. Si presentara más enfermedades o estuviera en peor situación clínica, no podrá tomar este tipo de medicamentos de forma general. Aun así, la valoración y el seguimiento por el médico son obligatorios.

Un paciente que justo tras tener un evento cardiovascular agudo sufre dolor al realizar mínimos esfuerzos y que, por tanto, no es capaz de mantener relaciones sexuales, ¿podrá llegar a hacerlo en algún momento?

Sí, gracias a la rehabilitación cardíaca, los pacientes que no logran subir dos pisos de escaleras sin sufrir dolor pueden conseguir mejorar la resistencia del corazón al esfuerzo y llegar a tener relaciones sexuales sin problemas.

Glosario

Angina o ángor: dolor de origen cardíaco secundario a la falta de oxígeno del tejido cardíaco por la obstrucción incompleta de una o varias arterias coronarias durante un esfuerzo. El dolor y la intensidad del esfuerzo necesario para causarlo varían según el grado de obstrucción: cuanto mayor sea la obstrucción, menor será el esfuerzo necesario para sufrir dolor.

Cardiopatía isquémica: conjunto de enfermedades del corazón o cardiopatías cuyo origen radica en la incapacidad de las arterias coronarias (coronariopatía) para suministrar el oxígeno necesario a un determinado territorio del músculo cardíaco, lo cual dificulta el funcionamiento de éste.

Cuerpos cavernosos del pene: cavidades dentro del pene que se llenan de sangre durante la excitación sexual para lograr su erección.

Disnea: sensación de dificultad respiratoria o falta de aire.

Galactorrea: emisión de leche a través de la mama fuera de la lactancia.

Ginecomastia: crecimiento de la glándula mamaria en el varón.

Insuficiencia cardíaca: disminución de la capacidad del corazón para cumplir sus funciones de bomba o motor; también se denomina *fallo cardíaco*. Cuando este fallo es avanzado y la capacidad

de bombeo del corazón es prácticamente nula, también se llama *insuficiencia cardíaca terminal*.

Met: unidad de medida energética orgánica. Indica el gasto del metabolismo en reposo. Equivale al consumo de 3,5 ml de oxígeno por kilogramo y minuto o al consumo de 70 kcal a la hora.

Bibliografía

BAPTIST HEALTH SYSTEMS. «¿Su corazón puede manejar el sexo?». <http://www.mbhs.org/healthgate/GetHGContent.aspx?token=9c315661-83b7-472d-a7ab-bc8582171f86&chunkid=122320>. (Fecha de consulta: 28/11/08.)

DÍAZ CORTINA, E. «Actividad sexual en pacientes cardiopatas». *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 10 (septiembre-diciembre 2002): 106-108.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA. *Documento de consenso sobre la disfunción eréctil*. http://www.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/disfuncion_erectil/erectil_introduccion.pdf. (Fecha de consulta: 28/11/08.)

STEIN, R. A. «Cardiovascular Response to Sexual Activity». *The American Journal of Cardiology* 86, supl. (julio 2000): 27-29.

ZARCO, P. *La salud del corazón*. Madrid: Temas de Hoy, 1996.

Resumen

- Las enfermedades del corazón no son óbice para retirar de forma permanente la posibilidad de mantener relaciones sexuales. Transcurridas dos semanas en el caso de un infarto agudo de miocardio, o estando asintomático tras sufrir una agudización de la insuficiencia cardíaca, y siempre que el paciente sea capaz de ascender dos pisos de escaleras, puede reintroducir el sexo en su vida habitual. El riesgo de sufrir una nueva crisis de la enfermedad o llegar a una muerte durante el coito es bajo.
- Es importante que el paciente se encuentre cómodo en todo momento durante las relaciones sexuales, descansado, sin ansiedad, estrés o temor a no hacerlo bien.
- La posibilidad de que la medicación que toma el paciente interfiera en la esfera de la actividad sexual es baja pero existe. Aun así, siempre que el paciente pueda realizar esfuerzos de una intensidad moderada, y cumpla unos requisitos prescritos por el médico, se le puede ayudar con la toma de medicación para las posibles disfunciones sexuales que pudieran aparecer.