

COMPORTAMIENTO SEXUAL EN PACIENTE CON INFARTO AL MIOCARDIO QUE ASISTIERON A LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. 2000.

SEXUAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH MYOCARDIUM INFARCT IN THE CARDIOLOGY DEPARTMENT OF THE RUÍZ Y PÁEZ UNIVERSITY HOSPITAL, CIUDAD BOLÍVAR, STATE OF BOLÍVAR, VENEZUELA. 2000.

MILAGROS SILVA DE A.¹, SIMÓN ARRIOJAS² Y CARLOS DE PACE³

Universidad de Oriente, Escuela de Medicina, Núcleo de Bolívar.

¹Departamento de Medicina, ²Departamento de Medicina Preventiva, ³Estudiante Pregrado Medicina.

RESUMEN:

Se evaluó el comportamiento sexual en el paciente con Infarto de Miocardio que acude a la Consulta de Cardiología del Hospital Universitario "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar – Estado Bolívar (Venezuela), año 2000. Este estudio de tipo descriptivo longitudinal y prospectivo, aplicado y de campo, tuvo como soporte la investigación bibliográfica y recolección de información en la consulta. Comprendió todos los pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio que acudieron a la Consulta Externa de Cardiología, en el lapso Enero – Junio del 2000, estudiándose en su totalidad 96 pacientes. Los resultados encontrados indican que el grupo etario más afectado, es el de 61 años y más, con 66,7%; el sexo masculino fue el más afectado con 55,2%. El patrón sexual según frecuencia/situación/estímulo sexual, en el 60,4%; fue de frecuencia media. El patrón según la frecuencia de respuesta sexual completa, en un 63,5% manifestó que siempre obtuvo respuesta sexual y, de éstos, el 38,3% pertenecen al sexo masculino. La mayoría de los pacientes con Infarto Agudo al Miocardio, 70,8% manifestó que nunca estuvo conforme con el tiempo para alcanzar el orgasmo. El 93,8% de los pacientes señaló su inconformidad con el tiempo muy corto para alcanzar el orgasmo. El ciclo de respuesta sexual monoorgásmica fue el patrón sexual más frecuente, 96,9%.

PALABRAS CLAVES: Infarto Agudo al Miocardio, Patrón Sexual, Frecuencia/Situación/Estímulo Sexual.

ABSTRACT

This study evaluates the sexual behavior of consulting patients with myocardium infarct in the Cardiology Department of the Ruiz and Páez University Hospital in Ciudad Bolívar, state of Bolívar (Venezuela), during the year 2000. This descriptive applied and field study is based on literature review and data recollection from consulting patients in Cardiology from January to June, 2000, a total of 96 patients. The results indicate that the most affected groups were the 61 year-old age group, with 66.7%, and the male sex group, with 55.2% respectively. 60.4% of the patients reported a sexual frequency/situation/stimulus standard of medium frequency. Asked about their complete sexual response frequency standard, 63.5% of the patients reported that they always experienced sexual response, and 38.3% of them were male. Most (70.8%) patients with myocardium infarct were not satisfied with their orgasm timing. 93.8% of the patients complained about precocious orgasm. The monoorgasm sexual response cycle was the most frequent sexual pattern, 96.9%.

KEY WORDS: Acute Myocardium Infarct, Sexual Standard, Frequency/situation/stimulus.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la cardiopatía isquémica como: el daño miocárdico debido a un desbalance entre el flujo coronario y los requerimientos miocárdicos de oxígeno causados por cambios en la circulación coronaria (Almeida, D., 1986).

En Estados Unidos, casi 1,5 millones de pacientes sufren de un episodio de infarto agudo al miocardio al año; en Venezuela es la causa dominante de mortalidad y morbilidad cardiovascular. (Richard, 1993; Evans, 1994).

El infarto agudo del miocardio repercute negativamente

en el estado funcional, psicológico y mental del individuo, afectándose su calidad de vida y por supuesto la función sexual. (Reushaw, 1989; Moles, 1991).

Para evaluar el comportamiento sexual del individuo debe conocerse previamente su patrón sexual. Según Bianco (1978), el sexo es una condición orgánica dada por una estructura anatómica que permite distinguir al varón de la hembra, con una actividad que le es propia, es decir, una función sexual, lo que Bianco ha denominado "Variante Fisiológica del Sexo y su Función", condición necesaria del organismo que permite el funcionamiento del proceso de diferenciación sexual y del proceso de activación de la "Unidad Situación/ Estímulo Sexual – Respuesta Sexual".

Recibido: marzo 2002. Aprobado: noviembre 2002.

Versión final: marzo 2003

El Patrón Sexual esta caracterizado por los siguientes elementos:

1. El sexo del individuo, estructura anatómica que permite distinguir la hembra del varón.
2. La función sexual del individuo, constituida a su vez por cinco elementos:
 - **Con cuál sexo se funciona;** el estímulo sexual es único y universal en la especie humana; las posibles variaciones observadas se derivan de la fuente de estimulación, y el que la respuesta sexual se presente o no estará determinado por un fenómeno de discriminación. El estímulo sexual puede derivar de fuentes de tipo heterosexual, homosexual, zoofílica y otras. Debe activar alguna zona perceptiva ya sea auditiva, visual, táctil, gustativa, olfatoria o psíquica; esta zona debe presentar receptores que captan el estímulo y lo transmiten por vías sensitivas al encéfalo, en éste se procesa la información y desde allí enviada por vías motoras y autónomas a los órganos respectivos, dando origen a los cambios fisiológicos que constituyen la respuesta sexual (Bianco, F. 1978; Bianco y Montiel, 1988).
 - **Con que método funciona;** existe gran cantidad de formas de aplicación del estímulo sexual, todas activan el respectivo receptor sensorial (gustativo, táctil, etc).
 - **Con cuanta frecuencia** o número de veces que el sujeto desea activar su función sexual en un período determinado. Puede ser frecuencia sexual alta (diaria o interdiaria), media (cada 3 a 11 días) y baja (cada 12 a 15 días) (Bianco y Aragón. 1996; Pérez 1997).
 - **Tipo de ciclo de respuesta sexual.** El ciclo de respuesta sexual presenta varios tipos: monoorgásmico, multiorgásmico, poliorgásmico y tetánico. Las mujeres pueden presentar cualquiera de los tipos de ciclo sexual señalados, en tanto los hombres presentan solo el tipo monoorgásmico. (Masters, W. Jonson, V. 1978; Gonsálvez, 1995; Bianco, F y Aragón. 1996).
 - **Tiempo de funcionamiento sexual:** Lapso de tiempo desde la aplicación de la situación/estímulo sexual hasta que se completa la respuesta sexual. Este tiempo fisiológico es desconocido. Hasta ahora se toma como criterio el reporte verbal del individuo el cual puede ser: “soy muy rápido”; “me tardo mucho” o “estoy conforme/satisfecho con mi tiempo”. Se describe que si es muy rápido se asocia en el hombre con eyaculación precoz, disfunción eréctil, discordia marital y disminución de la frecuencia de la función sexual; en la mujer se asocia con orgasmo prematuro.

Por el contrario, si es muy lento, se describe en el varón eyaculación retardada y en la mujer el orgasmo retardado, vaginismo o síndrome de frecuencia excesivamente baja (Gonsálvez 1995; Bianco y Aragón. 1996).

El aparato circulatorio juega un papel de suma importancia y claramente definido durante el acto sexual. Acuña y Nader (1996) analizaron la sobrecarga que corresponde al corazón y al aparato cardiovascular durante el acto sexual.

“Existe un aumento del flujo sanguíneo en el sector vascular del pene y de genitales femeninos, es decir, un recargo en el trabajo circulatorio, que se traduce en aumento de la frecuencia cardiaca, del pulso y de la tensión arterial”.

El consumo de oxígeno para un acto sexual de diez minutos de duración (la mayoría dura menos), es el que corresponde a subir unos cuatro o cinco pisos de escaleras, caminar diez cuadras a buen paso (3 – 4 Km/h), aumentando el pulso entre 90-150 lpm como corresponde a una actividad física moderada. En la fase de excitación aumenta de manera gradual la frecuencia respiratoria lo mismo que el ritmo cardíaco y la tensión arterial. En la fase de meseta el ritmo cardíaco oscila entre 100 y 175 lpm, la presión arterial sistólica aumenta de 20 a 80 mmHg y de 10 a 40 mmHg la diastólica. Un período de hiperventilación siempre precede al orgasmo, regresando estos parámetros a la normalidad durante la fase de resolución.

Se señala que cuatro a ocho semanas después de ocurrido un infarto puede reanudarse la actividad sexual sin riesgo de un nuevo evento, a menos que el médico especialista lo contraindique. Estadísticamente se ha comprobado que en personas post infartadas, que reanudan la actividad sexual con frecuencia similar a la que tenían antes del infarto, tienen menos posibilidades de recidivas, que aquellas que no vuelven a tener actividad sexual (Acuña y Nader. 1996).

En realidad, respecto a la actividad sexual post infarto existen ciertas situaciones que deben considerarse:

- Los problemas sexuales después del infarto se relacionan más con la personalidad del paciente que con la patología coronaria en sí.
- Es frecuente que después de un infarto la compañera(o) utilice esta situación como excusa para reducir o suprimir la función sexual.
- Algunas disfunciones sexuales se pueden presentar

después del infarto, por lo general producto del temor, la ansiedad, más que de lesiones orgánicas. Las más frecuentes son la eyaculación precoz y la disfunción eréctil.

- Debe evitarse el coito bajo estrés emocional o físico, en ambientes fríos o desagradables, después de comidas abundantes o ingesta alcohólica. La primera relación con un(a) nuevo(a) compañero(a) puede causar ansiedad por desconfianza o posibilidad de fracaso.

El objetivo del presente trabajo fue determinar el comportamiento sexual en los pacientes post infartados que acudieron a la Consulta de Cardiología del Hospital Universitario "Ruiz y Páez" de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Durante los meses Enero – Junio de 2000 se evaluaron 96 pacientes con diagnóstico de infarto al miocardio, que acudieron a la Consulta de Cardiología del Hospital Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. La técnica utilizada para recabar los datos fue la entrevista directa, aplicándosele a estos pacientes un cuestionario diseñado para tal fin (pág. 31). Para el análisis estadístico se emplearon medidas de frecuencia relativa (porcentajes), medidas de tendencia central y de variabilidad, y prueba de inferencia estadística, chi cuadrado.

RESULTADOS

De los 96 pacientes estudiados, 53 pacientes pertenecen al sexo masculino (55,2 %) y 43 (44,8 %) al sexo femenino. La mayoría, el 66,7% eran mayores de 50 años. Al analizar los 96 pacientes en relación al patrón sexual según la frecuencia Situación/Estímulo sexual, se encontró que el 60,4% tuvieron frecuencia media y 37,5% frecuencia baja. Igualmente se encontró que el 63,5% manifestó respuesta sexual completa siempre, y 24% sólo a veces (tabla 1). En cuanto a los pacientes que alcanzaron respuesta sexual completa, 55,2% pertenecen al sexo masculino y 44,8% al sexo femenino ($p>0,05$).

Tabla 1. Respuesta Sexual completa y Sexo en Pacientes con infarto al miocardio.

RESPUESTA SEXUAL	SEXO		TOTAL	%
	COMPLETA	MASCULINO		
SIEMPRE	38	23	61	63,5
A VECES	11	12	23	24,0
NUNCA	4	8	12	12,5
TOTAL	53	43	96	100

Al analizar el patrón sexual según conformidad con el tiempo para alcanzar el orgasmo (tiempo desde la aplicación de la Situación/Estímulo Sexual hasta que se completa la respuesta sexual) la mayoría de los pacientes, el 70,8%, nunca estuvo conforme con el tiempo de funcionamiento, el 93,8% manifestó alcanzar el orgasmo en un tiempo muy corto. (tabla 2).

Tabla 2. Patrón Sexual Según conformidad con el tiempo para alcanzar el orgasmo, en pacientes con infarto al miocardio.

TIEMPO DE CONFORMIDAD PARA ALCANZAR EL ORGASMO	Nº PACIENTES	%
SIEMPRE	10	10,4
A VECES	18	18,8
NUNCA	68	70,8
TOTAL	96	100

La tabla 3, muestra, que la mayoría de los pacientes estudiados (96,9%), resultó en su ciclo de respuesta sexual ser mono-orgásmico.

Tabla 3. Ciclo de respuesta sexual en pacientes post-infarto al miocardio.

CICLO DE RESPUESTA SEXUAL	Nº DE PACIENTES	%
MONORGÁSMICO	93	96,9
POLIORGÁSMICO	2	2,1
MULTIORGÁSMICO	1	1,0
TETÁNICO	0	0
TOTAL	96	100

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados provenientes de 96 pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo al miocardio, se encontró la siguiente situación, alrededor del 70% de los pacientes eran de edad avanzada. Está comprobado que la cardiopatía isquémica aumenta progresivamente con la edad, presentándose la mayor morbilidad después de los 40 años. No hubo mayores diferencias en cuanto el sexo ni edad, (Richard, C. 1993; Antman, E. 1994; Van Der Schouwyt 1996)

Al revisar el patrón sexual en los pacientes según la frecuencia Situación/Estímulo Sexual, la mayoría (el 60,4%) reveló que su frecuencia era media, es decir, el ejercicio de la función sexual la realizaban cada 5 a 9 días; y en el 37,5% el deseo de tener actividad sexual era bajo, cada 10 a 14 días. Esto coincide con otros estudios que indican la presencia de cierto grado de disfunción sexual posterior al infarto, más que por causa de la enfermedad por ansiedad, angustia o inseguridad.

(Masters, Jhonson y Kolodny, 1993, Acuña y Nader, 1996; Farré, 1998; Taylor, 1999)

En el 63,5% de los pacientes que siempre alcanzaban la respuesta sexual completa, no se encontró diferencia significativa en relación al sexo. Aun cuando no se establece una relación concluyente en relación con el sexo; las mujeres que han sufrido eventos cardíacos parecen estar menos propensas que los hombres a tener disfunciones sexuales posteriores (Masters, Jhonson y Kolodny, 1993).

El 50% de los pacientes que sufren de infarto al miocardio reanudan su actividad sexual, y de estos, la mayoría presenta algún grado de disfunción sexual en relación al tiempo para alcanzar el orgasmo (Acuña y Nader, 1996; Taylor, 1999). En este estudio casi la totalidad de los pacientes manifestó su inconformidad con el tiempo para alcanzar el orgasmo, el cual fue muy corto.

El patrón según su ciclo de respuesta sexual ($p > 0,05$) en estos pacientes, fue mono-órgasmica, lo cual no difiere de la población sana. Es de hacer notar, Bianco *et al.* (1990), estudiaron el patrón sexual en una muestra de 2069 individuos (1235 hombres y 834 mujeres) procedentes de diferentes clases sociales en Caracas, Venezuela y encontraron que el 62% tenía ciclo monoorgásmico. Aunque estos estudios fueron realizados en una población sana sin patología cardiovascular previa, el resultado indica que los pacientes con enfermedad coronaria aguda no presentan diferencias en su ciclo de respuesta sexual en relación con la población general. Sin embargo para llegar a resultados que permitan generalizar, se requiere realizar el estudio en una muestra de mayor tamaño, debido a que no existen estudios similares para conocer el patrón sexual en pacientes con infarto al Miocardio en todo el país, (Camacho, 1996; Bianco, Andrade y cols, 1990).

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos y a la revisión bibliográfica realizada, el patrón sexual en los pacientes que han sufrido un infarto al miocardio, está más influido por una situación donde juegan papel importante la angustia, la ansiedad y la inseguridad que por la enfermedad.

RECOMENDACIONES

1. A fin de obtener conclusiones que permitan caracterizar mejor el patrón sexual de pacientes con cardiopatía isquémica aguda, se debe ampliar el estudio

de la población a nivel regional y nacional .

2. Para garantizar una conducta sexual satisfactoria para pacientes con enfermedad coronaria, diseñar y desarrollar un programa de orientación y rehabilitación sexual que incluya la participación de la pareja, y la supervisión de un equipo integrado por Cardiólogos, Psiquiatras, Internistas, Trabajadores Sociales y Nutricionistas.

CUESTIONARIO PARA CONOCER LOS CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DEL PACIENTE POST-INFARTADO

1. Pacientes con Infarto al Miocardio según la edad:
 - a) 20 a 30 años _____
 - b) 31 a 40 años _____
 - c) 41 a 50 años _____
 - d) 51 a 60 años _____
 - e) Más de 61 años _____
2. Pacientes con Infarto al Miocardio según el sexo:
 - a) Masculino _____
 - b) Femenino _____
3. ¿Cada cuánto tiempo tiene Usted relaciones sexuales?
 - a) Cada 1 – 2 días _____
 - b) Cada 3 a 11 días _____
 - c) Cada 13 días o más _____
4. ¿Tiene usted respuesta sexual completa (si es varón), se excita, alcanza la erección, la mantiene y eyacula?
 - a) Siempre _____
 - b) A veces _____
 - c) Nunca _____
5. ¿Tiene usted respuesta sexual completa (si es hembra), lubrica, se excita y alcanza el orgasmo?
 - a) Siempre _____
 - b) A veces _____
 - c) Nunca _____
6. ¿Esta Usted conforme con el tiempo que necesita para alcanzar el orgasmo?
 - a) Siempre _____
 - b) A veces _____
 - c) Nunca _____

7. Si usted no esta conforme con su tiempo de funcionamiento sexual:

a) Lo considera muy corto para alcanzar el orgasmo o la eyaculación _____

b) Lo considera muy largo para alcanzar el orgasmo o la eyaculación _____

8. Es Usted (en cada coito):

a) Monoorgásmico (un orgasmo) _____

b) Poliorgásmico (más de un orgasmo de igual intensidad) _____

c) Multiorgásmico (más de un orgasmo de diferente intensidad) _____

d) Tetánico (un orgasmo muy intenso y de larga duración) _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACUÑA, A. Y NADER, L. 1996. Enciclopedia del Sexo y de la Educación Sexual. Vol. 3. Zamora Editores. Santa Fé de Bogota. Colombia. pp 394–398.
- ANTMAN, E. Y BRAUNWALD, E. 1994. Infarto agudo de miocardio. Harrison Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Interamericana Mc Graw – Hill. Madrid. España. Vol. I. pp 1543 – 1557.
- ALMEIDA, D. Y BRANDI, S. 1986. Manual de Cardiología Clínica. U.C.V. pp. 79 – 123.
- BIANCO, F. 1978. Bases Fisiológicas y Fisiopatológicas. Sexología Clínica. Editorial C.I.P.P.S.V. Caracas. Venezuela. pp 27 – 28; 120.
- BIANCO, F. Y ARAGÓN, J. 1996. El ejercicio de la función sexual en parejas Heterosexuales mediante la cópula. Sexología. Vol. 1, N° 2. pp 69 – 95.
- BIANCO, F. Y ARAGÓN, J. 1996. La Sexología: una ciencia independiente. Sexología. Vol. 1, N° 1. pp 5 – 29.
- BIANCO, F. Y MONTIEL, C. 1988. Sexología. Aproximación a su concepto. Taller Teórico- Metodológico. C. I. P. S. V. Caracas. Venezuela.
- CAMACHO, I. 1996. Patrón Sexual en Indígenas Kariñas. Sexología. Vol. 1 N° 2. pp 5 – 17.
- EVANS, R. *et al*, 1994. Epidemiología Cardiovascular. DISINLIMED. Caracas. Venezuela. pp 373 – 377.
- FARRÉ, J. 1998. La Sexualidad. Trastornos Orgánicos. Océano Grupo Editorial, S.A. Barcelona, España. pp 48 - 89.
- GONSÁLVEZ, M. 1995. Tesis de Grado. Patrón Sexual y Nivel Socioeconómico. Ciudad Bolívar. Feb – Nov. 1994.
- MASTERS, W. Y JOHNSON, V. 1978. Respuesta Sexual Humana. Boston. Ed Intermédica. Buenos Aires. Argentina. pp 4 – 5; 235.
- MASTERS, W; JONSON, V. Y KOLODNY, R. 1993. Trastornos sexuales y salud sexual. La Sexualidad Humana. Vol 3. Ed. Grijalbo, S.A. Barcelona. España. pp 587 - 618.
- MOLES, H. 1991. Psicología Conductual. Editorial Greco, S.A. Caracas. Venezuela. p 19.
- PÉREZ, J. 1997. Factores asociados a la frecuencia sexual. Sexología. Vol 2, N° 1 (Enero – junio). pp 29 – 47.
- RENSHAW, D. C. 1989. Sexualidad y Patología Cardíaca. Cardiovascular Reviews Reports. Vol. 10, N°4. pp 189 – 192.
- RICHARD, C. *et al*, 1993. Infarto agudo del miocardio. Braunwald. Tratado de Cardiología. 4ª ed. Vol. II. Interamericana Mc Graw – Hill. Madrid. España. pp 1342 – 1427.
- SELWYN, P. Y BRAUNWALD, E. 1994. Cardiopatía isquémica. Harrison Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Interamericana Mc Graw – Hill. Madrid. España. Vol. I. pp 1558 – 1568.
- TAYLOR, H. 1999. Sexual Activity and the Cardiovascular Patient: Guidelines. Am J Cardiology. pp: 6 – 10.
- VAN DER SCHOUWYT *et al*, 1996 Age at Menopause as a Risk Factor for Cardiovascular Mortality. Lancet, 347:714.