

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL

A.J. Cuéllar de León; J.C. Campos González; F. Brotons Muntó; A. Casorran Martínez; V. Gosalbes Soler; M. Prosper Sierra; S. Silvestre Quilez; P. Valero García

Grupo de Urología de la SVMFYC

La disfunción eréctil se define como la incapacidad persistente de lograr o mantener una erección suficiente para el desarrollo de una relación sexual satisfactoria¹.

La prevalencia de la disfunción eréctil en la población general varía en relación al país y al cuestionario o pregunta diagnóstica utilizados². En diferentes estudios se utilizan desde la simple pregunta sobre la capacidad para iniciar y mantener una relación sexual hasta cuestionarios más complejos. El Índice Internacional de la Función Eréctil^{3,4} (IIEF) permite valorar diversos campos de la función sexual del varón, resultando un instrumento de medida fiable y de fácil de uso para la valoración de la función eréctil. Una versión abreviada de éste es el Inventario sobre Salud Sexual para el Varón⁵ (SIHM o IIEF-5) que permite mediante 5 ítems realizar un rápido "screening" de la D.E.

Utilizando estos mismos test diagnósticos se estimó una prevalencia de disfunción eréctil para la población general del 12% en Italia⁶ y del 52% en EE.UU.⁷. En España el Estudio de Disfunción Eréctil Masculina⁸ (EDEM) realizado en una muestra de 2480 varones de 25 a 70 años residentes en territorio penin-

sular estimó una prevalencia global de disfunción eréctil de cualquier grado del 19% utilizando el IIEF. En este estudio la edad fue la variable relacionada más frecuentemente con la D.E. Así entre 25 y 39 años la disfunción es de 3,9% y 8,6% y pasa a 33,3% y 48,7% entre los varones de 60 a 70 años.

Existen evidencias de la asociación de la disfunción eréctil a la edad, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular periférica y la disminución del cHDL. También el uso de algunos fármacos (tabla I), la depresión, el tabaco y alcohol y algunas enfermedades crónicas se han relacionado con mayor incidencia de disfunción eréctil^{2, 7, 9, 10}.

Distintos autores constatan un incremento significativo de la disfunción eréctil en los pacientes hipertensos^{11, 12}. Los últimos estudios realizados en pacientes hipertensos estiman una prevalencia mayor de disfunción eréctil que la encontrada en la población general de sus respectivos países; para Jensen¹³ se acerca al 30% en los hipertensos en Dinamarca. Y según Burchard¹⁴ en los varones hipertensos norteamericanos no sólo es

más frecuente sino que resulta más severa, afectando de este modo al 68% de los pacientes hipertensos y de una forma severa al 45%.

En la Comunidad Valenciana¹⁵ un estudio realizado en 512 varones hipertensos incluidos en el programa de hipertensión de su Centros de Salud estimó una prevalencia del 46,5% para cualquier grado de disfunción eréctil. El 22,1% de los pacientes sufrían una D.E. leve y el 6,3% severa. Aranda¹⁶ en 367 pacientes hipertensos madrileños encuentra un prevalencia del 53,1% de disfunción eréctil.

Estas cifras de prevalencia de disfunción eréctil aumentan considerablemente en los pacientes hipertensos si en estos coexisten otros factores de riesgo asociados como son la claudicación intermitente, la cardiopatía isquémica o la diabetes, así como con la edad del paciente^{13, 14, 15}. Si bien se podría pensar que existe relación entre las cifras elevadas de presión arterial, el tiempo de evolución de la hipertensión y una mayor incidencia de disfunción eréctil en los pacientes hipertensos, estos estudios anteriores no la encuentran. Este hecho si sucede en el caso de los enfermos diabéticos, donde el buen con-



trol metabólico de la enfermedad (HbA1c) se asocia a una menor incidencia o severidad de la disfunción eréctil¹⁷.

Clásicamente se ha considerado un factor de riesgo para el desarrollo de la disfunción eréctil el tratamiento con diuréticos o betabloqueantes; sin embargo no existen ensayos clínicos que pongan en evidencia esta asociación. El estudio TOMHS¹⁸ no evidenció diferencias significativas en la incidencia de disfunción eréctil tras cuatro años de seguimiento entre los pacientes que tomaban diuréticos, betabloqueantes, IECAS, alfabloqueantes o calcioantagonistas. En base a la evidencia científica existente hasta el momento podemos afirmar que la aparición de D.E. en los pacientes hipertensos está probablemente poco relacionada con el tipo de fármaco empleado para su control. Posiblemente la disfunción eréctil estaría desencadenada por la disminución de presión en los cuerpos cavernosos al controlar las cifras tensionales y por el daño vascular ocasionado por la hipertensión¹³.

La asociación de la disfunción eréctil con la cardiopatía isquémica y la enfermedad vascular periférica podría entenderse como un signo de daño orgánico en los pacientes hipertensos; Incluso la disfunción

eréctil podría ser un signo o factor predictivo de cardiopatía isquémica en estos pacientes, y ser utilizada como ayuda en el cálculo del riesgo cardiovascular de los varones hipertensos.

Como estrategia preventiva de la aparición de disfunción eréctil en los pacientes hipertensos proponemos como aspecto fundamental el control de los factores de riesgo cardiovascular (diabetes, dislipemia, obesidad, tabaco ...) en estos pacientes. Recomendamos realizar la historia sexual a todos los varones hipertensos que son controlados en Atención Primaria; y de forma periódica (anualmente) evaluar su función eréctil con cualquiera de los cuestionarios autoadministrados comentados anteriormente (IIEF y/o SHIM).

Si la instauración de un nuevo fármaco para el control de la hipertensión provoca la aparición de disfunción eréctil en un paciente hipertenso, debemos intentar la sustitución por otro grupo terapéutico (IECA, ARA II, alfa bloqueante, antagonista del calcio); pero si los problemas de erección acontecen en un paciente bien controlado con cualquier fármaco ya instaurado con anterioridad no creemos adecuado el cambio en la estrategia terapéutica¹⁹.

El fármaco de elección en el tratamiento de la disfunción eréctil en los pacientes hipertensos es el citrato de sildenafil, siempre que no existan contraindicaciones como son la toma de nitritos, la hipertensión arterial severa no controlada (180/110), la hipotensión arterial (90/50), la presencia de angina inestable, infarto de miocardio o accidente vasculocerebral recientes. Tampoco estaría indicado el uso de sildenafil en aquellos pacientes en los que no está recomendada la actividad sexual¹⁹.

La indicación 2 del tratamiento oral de la disfunción eréctil la puede realizar el médico de familia ya que constituye el primer nivel o escalón de tratamiento y se trata de un fármaco relativamente seguro. En caso de fracaso se remitiría al paciente hipertenso al urólogo para abordar el segundo nivel de tratamiento: inyecciones intracavernosa, prótesis de pene...

En los pacientes hipertensos el sildenafil^{20, 21} no produce efectos significativos en las cifras de tensión arterial y frecuencia cardíaca, y no incrementa significativamente la frecuencia o severidad de los efectos adversos (síncope o hipotensión). Puede asociarse a cualquier fármaco que utilizamos para el control tensional.

FÁRMACOS ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (tomada de Jackson, G.¹⁹)

<p>Fármacos cardiovasculares</p> <p>Diuréticos tiazidas Betabloqueantes Calcioantagonistas Agentes centrales (metilpoda, clonidina ...) Digoxina Estatinas y Fibratos IECA</p>	<p>Fármacos psicotrópicos</p> <p>Tranquilizantes mayores Ansiolíticos e hipnóticos Antidepresivos tricíclicos Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina</p>
<p>Drogas sociales</p> <p>Alcohol Cannabis Anfetaminas Cocaína Heroína Esteroides</p>	<p>Fármacos endocrinológicos</p> <p>Antiandrógenos Estrógenos Análogos de LHRH Testosterona</p> <p>Otros</p> <p>Cimetidina y ranitidina Metoclopramida carbamazepina</p>

BIBLIOGRAFÍA

- 1. NIH Consensus development panel on impotence.** *JAMA* 1993; 279: 83-90.
- 2. Lue, T.F.:** Erectile Dysfunction. *N Engl J Med* 2000; 342(24): 1802-13.
- 3. Rosen, R.C.; Riley, A.; Wagner, G., et al.** The Internacional Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49(6): 822-30.
- 4. Cappelleri, J.C., Rosen, R.C., Smith, M.D., et al.** Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the Internacional Index of Erectile Function. *Urology* 1999; 54(2): 346-51.
- 5. Rosen, R.C., Cappelleri, J.C., Smith, M.D., et al.** Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the Internacional Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999; 11(6): 319-26.
- 6. Parazzini, F., Menchini Fabris, F., Bortolotti, A.:** Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. *Eur Urol* 2000; 37(1):43-9.



7. **Feldman, H.A., Goldstein, I., Hatzichristou, D.G., Krane, R.J., McKinlay, J.B.:** Impotence and its medical and psychosocial correlates: results from the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151:54-61.
8. **Martín Morales, A.:** Disfunción eréctil en el anciano. Prevalencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999; 34(NM 1):6-14.
9. **Chew, K.K., Earle, C.M., Stuckey, B.G., et al.** Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates. *Int J Impot Res* 2000; 12(1): 41-5.
10. **Ferrer, P.A., Herrera Zamora, J., Pila Pérez, R., et al.** Factores de riesgo en la disfunción sexual eréctil. *Anales de Cirugía cardíaca y cirugía vascular* 1998; 4(3): 105-10.
11. **Bulpitt, C.J., Dollety, C.T., Carne, S.:** Change in symptoms of hypertensive patients after referral to hospital clinic. *British Heart Journal* 1976; 38: 121-28.
12. **Jaffe, A., Chen, Y., Kisch, E.S., et al.** Erectile Dysfunction in Hypertensive Subjects. Assessment of Potential Determinants. *Hypertension* 1996; 28(5): 859-62.
13. **Jensen, J., Lendorf, A., Stimpel, H., et al.** The prevalence and etiology of impotence in 101 male hypertensive outpatients. *Am J Hypertens* 1999; 12(3): 271-5.
14. **Burchart, M., Burchart, T., Baer, L., et al.** Hypertension is associated with severe erectile dysfunction. *J Urol* 2000; 164(4): 1188-91.
15. **Cuéllar de León, A.J.:** Estudio de prevalencia de disfunción eréctil en pacientes hipertensos controlados en centros de salud docentes. *Tesis Doctoral. San Juan, 2000.*
16. **Aranda, P., Ruilope, L.M., Coca, A., et al.** Erectil Dysfunction in Spanish Treated Essential Hypertensives Effects of Sildenafil. Preliminary Report. Posters: Clinical Trials. *Am J Hypertens* 2000; 13:54^a-67^a.
17. **Fedele, D., Bortolotti, A., Coscelli, C., et al.** Erectile dysfunction in type 1 and type 2 diabetics in Italy. *Intern J Epidem* 2000; 29: 524-31.
18. **Grimm, R.H., Grandits, G., Svendsen, K., et al.** Sexual problems and antihypertensive drugs treatment: results of the Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *J Urol* 1996; 155: 634-44.
19. **Jackson, G., Betteridge, J., Dean, J., et al.** A systematic approach to erectile dysfunction in the cardiovascular patient: a consensus statement. *Int J Clin Pract* 1999; 53(6): 445-51.
20. **Zusman, R., Pristant, M., Brown M.:** Effect of sildenafil citrate on blood pressure and heart rate in men with erectile dysfunction taking concomitant antihypertensive medication. *J Hypertens* 2000; 18:1865-9.
21. **Kloner, R.A., Brown, M., Prisant, L.M., et al.** Effect of sildenafil in patients with erectile dysfunction taking antihypertensive therapy. Sildenafil Study Group. *Am J Hypertens.* 2001 Jan;14(1):70-3.