

¿Cómo evalúan los cardiólogos la actividad sexual de sus pacientes?

How do cardiologists assess their patients' sexual activity?

**Ignacio G. Dávulos^{1,2,3*}, Walter Masson^{4,3}, Augusto M. Lavalle-Cobo^{5,3}, Adriana A. Ángel^{6,9},
Julio C. Giorgini^{7,9} y Enrique González-Naya^{8,2}**

¹Servicio Cardiología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires; ²Consejo de Cardiología del Ejercicio Dr. José Menna, Sociedad Argentina de Cardiología; ³Consejo de Epidemiología y Prevención, Sociedad Argentina de Cardiología; ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Italiano de Buenos Aires; ⁵Sanatorio Finochietto; ⁶Hospital Militar; ⁷Hospital Alemán; ⁸Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento; ⁹Consejo de Aspectos Psicosociales, Sociedad Argentina de Cardiología. Buenos Aires, Argentina

Resumen

Objetivo: Los pacientes con enfermedad coronaria y sus familias, a menudo enfrentan numerosos cambios en sus vidas. Las recomendaciones sobre la actividad sexual (AS) deben incluirse en el manejo de estos pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de conocimiento y la actitud profesional con respecto a la AS del paciente. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo y analítico de corte transversal. Los datos se obtuvieron a partir de una encuesta estructurada, virtual y anónima, realizada entre médicos cardiólogos/as. **Resultados:** Se analizaron 345 encuestas. El 63.8% consideró la disfunción sexual como un marcador de riesgo cardiovascular. Asimismo, el 68.1% consideró relevante o muy relevante interrogar acerca de la AS. En relación con el asesoramiento, se cree que fundamentalmente lo debería comenzar el cardiólogo/a. Se observó una actitud más activa, respecto al abordaje del reinicio de la AS luego de un evento cardiovascular, un mayor interés por capacitarse en temas relacionados con la AS y una mayor solicitud de dosaje de testosterona e indicación de inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 en los profesionales > 60 años y de sexo masculino en comparación con los médicos más jóvenes o de sexo femenino, respectivamente. **Conclusiones:** Este estudio mostró que el grado de conocimiento sobre los aspectos relacionados con la AS de los pacientes fue deficiente. Dada la relevancia del tema, consideramos importante fortalecer la educación médica en todos los ámbitos.

Palabras clave: Sexualidad. Conocimiento. Disfunción sexual. Cardiología.

Abstract

Background: Patients with coronary heart disease and their families often face numerous changes in their lives. Recommendations on sexual activity (SA) should be included in the management of these patients. The objective of this study was to evaluate the degree of knowledge and professional attitude regarding the patient's SA. **Objective:** A descriptive and analytical cross-sectional study was carried out. The data were obtained from a structured, virtual and anonymous survey that was carried out among cardiologists. **Results:** Three hundred forty-five surveys were analyzed. In total, 63.8% considered sexual dysfunction as a cardiovascular risk marker. Likewise, 68.1% considered it relevant or very relevant to ask patients about SA. Regar-

Correspondencia:

*Ignacio Dávulos

E-mail: ignacio.davolos@hotmail.com

1405-9940 / © 2022 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 17-12-2021

Fecha de aceptación: 29-01-2022

DOI: 10.24875/ACM.210003981

Disponible en internet: 28-04-2022

Arch Cardiol Mex. 2022;92(4):484-491

www.archivoscardiologia.com

ding counseling, it is believed that it should be initiated primarily by the cardiologist. A more active attitude regarding the re-initiation of SA after a cardiovascular event, a greater interest in SA training, more testosterone orders and more indications of phosphodiesterase inhibitors were observed in professionals older than 60 years and male compared to younger or female physicians, respectively. Conclusions: This study showed that the degree of knowledge of the patients about the aspects related to SA was poor. Given the relevance of the topic, we consider it important to strengthen medical education in all areas.

Keywords: Sexuality. Knowledge. Sexual dysfunction. Cardiology.

Introducción

La disfunción eréctil (DE), en el hombre, y la disfunción sexual (DS), tanto en hombres como en mujeres, son considerados factores de riesgo cardiovascular independientes, asociándose además a una peor calidad de vida en las personas afectadas¹. Pese a esto, el tabú en torno a la actividad sexual (AS) se sobredimensiona cuando se involucra a la salud, especialmente la cardiovascular. Los pacientes con enfermedad coronaria y sus familias a menudo enfrentan numerosos cambios en sus vidas. El miedo a presentar nuevos eventos cardiovasculares puede generar estrés y ansiedad, afectando la vida sexual de los pacientes y sus respectivas parejas. Las recomendaciones sobre la AS deben incluirse en el manejo de estos pacientes, tal como sucede con el plan alimentario, la actividad física y el tratamiento farmacológico. Habitualmente, la anamnesis no incluye información sobre la AS, observándose una actitud esquiva por parte de los médicos, ya que evitan preguntar sobre temas relacionados con la sexualidad, muchas veces, por sentirse incapaces de dar una respuesta adecuada²⁻⁴. Existen barreras como la falta de confianza y capacitación, y otras que nacen desde la perspectiva del paciente, que no permiten generar un espacio para abordar la sexualidad. Para que los profesionales de la salud consideren adecuadamente las preocupaciones sobre el bienestar sexual, necesitan conocimientos y habilidades para interactuar con los pacientes^{5,6}. Las publicaciones más recientes sobre la problemática del adecuado tratamiento de la AS se han desarrollado en el contexto de pacientes oncológicos, con antecedentes cardiovasculares o con enfermedades crónicas no transmisibles. Los problemas clave incluyen la falta de tiempo para afrontar los aspectos psicológicos, sociales y sexuales, la falta de preparación y la falta de recursos para ofrecer a los pacientes y sus parejas cuando se identifica un problema. Además, los profesionales de la salud consideran que la vida sexual de los pacientes es demasiado personal para preguntar sobre ella⁷⁻¹⁰. Sin embargo, algunos informes sugieren que los pacientes prefieren que la información relacionada con la

atención sexual debería proporcionarse de forma sistemática y que no objetarían que los médicos inicien la conversación^{11,12}. Antes del desarrollo de cualquier intervención diseñada para mejorar la comunicación de los profesionales de la salud y la calidad de la atención en torno a las preocupaciones sexuales, se requiere una comprensión detallada del problema. El objetivo de este trabajo fue evaluar, en una población de cardiólogos/as, el grado de conocimiento y el abordaje de los temas relacionados con la AS.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y analítico de corte transversal. Los datos se obtuvieron a partir de una encuesta estructurada, virtual y anónima que fue realizada entre médicos cardiólogos/as argentinos durante el mes de abril de 2021. Dicha encuesta no tuvo en cuenta componentes culturales ni religiosos, e incluyó preguntas de opción múltiple para recopilar información cualitativa. En una primera fase, se exploró el entendimiento del contenido del instrumento, determinando si el vocabulario era el adecuado y si los ítems eran culturalmente aplicables, mediante grupos de discusión entre expertos y entrevistas individuales semiestructuradas. Luego de esta etapa, se confeccionó una segunda versión final del instrumento. El presente trabajo fue revisado y aprobado por los Consejos de Cardiología del Ejercicio, Aspectos Psicosociales y Epidemiología y Prevención Cardiovascular de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC). La encuesta incluyó información sobre el conocimiento y la actitud de los médicos especialistas en cardiología acerca de la AS, las características individuales de la actividad profesional, y el interés por la educación médica relacionada con la AS ([Material suplementario](#)). La encuesta se distribuyó por medio de la aplicación WhatsApp Messenger (WhatsApp LLC, Facebook, Inc.) entre médicos especialistas en cardiología de todo el territorio argentino utilizando un muestreo no probabilístico, «por conveniencia» y en «bola de nieve». Al completar la encuesta, los participantes recibieron un mensaje que

los animaba a difundir el enlace de la encuesta a todos sus contactos. Además, la encuesta virtual estaba disponible en la página web y se difundió por medio de las redes sociales de la SAC. Para la comparación estadística de las variables categóricas se utilizó la prueba de chi cuadrada o la prueba de Fisher. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. La información proveniente de la encuesta se analizó en la población total y en los grupos según el sexo y la edad (< 60 años). Se utilizó el software Stata versión 11.1 (Stata-Corp. LLC., Texas, EE.UU.). Los médicos interviniéntes se comprometieron respetar la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (Fortaleza 2013) y la Ley Nacional N.º 25326 de Protección de Datos Personales (Ley de *Habeas Data*). En consonancia con los principios de la buenas prácticas clínicas, se informó a los encuestados que su participación era voluntaria y de carácter anónimo.

Resultados

Un total de 345 encuestas fueron analizadas en este estudio. Las características basales de la población encuestada se observan en la [tabla 1 \(Material complementario\)](#).

El 63.8% consideró a la DS como un marcador de riesgo cardiovascular. Asimismo, el 68.1% consideró relevante o muy relevante preguntar a los pacientes acerca de la AS. En relación a quién debería comenzar el asesoramiento para el reinicio de AS luego de un evento cardiovascular, el 96.8% consideró que era función de los cardiólogos/as (53.5% en la primera consulta tras el alta, 31.3% en la internación, 12% en la rehabilitación cardiovascular). Solo el 0.3% atribuyó dicha función a enfermeros/as, kinesiólogos/as, cirujanos/as cardiovasculares o cardiólogos intervencionistas. En la [tabla 2](#) se resumen las respuestas de la población total encuestada. En el análisis según el grupo etario, los profesionales de mayor edad, en comparación con los más jóvenes, consideraron más frecuentemente que era relevante o muy relevante preguntar a los pacientes acerca de la AS, aunque la diferencia no alcanzó la significación estadística (< 60 años, 65.2% vs. > 60 años, 75.2%; $p = 0.06$). Los motivos de las consultas sobre la AS considerando la edad de los encuestados pueden observarse en la [figura 1](#). Los cardiólogos mayores de 60 años emprendieron el reinicio de la AS luego de un evento cardiovascular con más frecuencia que los menores de 60 años (infarto agudo de miocardio 93.3% vs. 73.3%, $p < 0.01$; angioplastia transluminal coronaria 81.4% vs.

Tabla 1. Características basales de la población encuestada

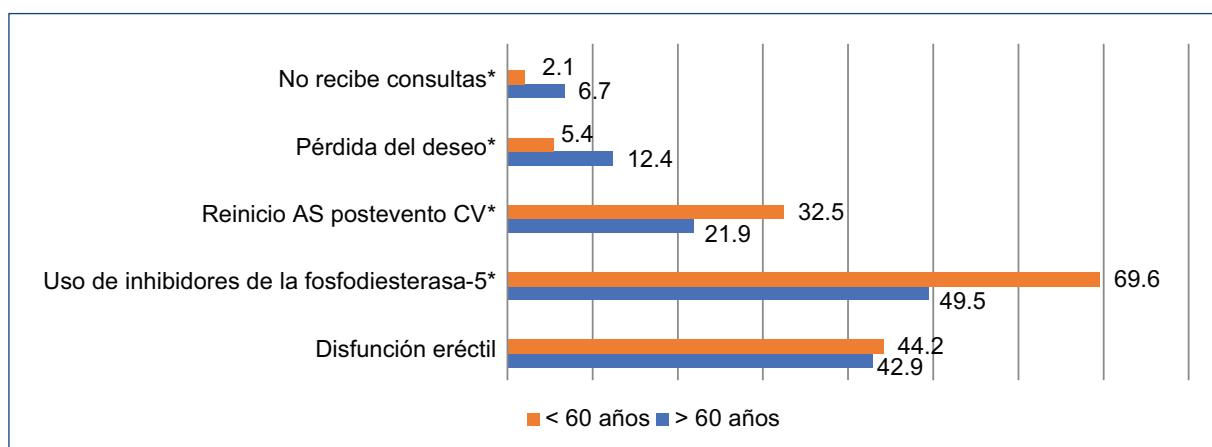
Características	n	%
Sexo		
Masculino	218	63.2
Femenino	127	36.8
Edad		
< 60 años	240	69.6
≥ 60 años	105	30.4
Región		
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	109	32.1
Provincia de Buenos Aires	104	30.6
Noroeste	21	6.2
Noreste	16	4.7
Región pampeana	49	14.4
Cuyo	18	5.3
Patagonia	23	6.8
Años de especialista		
< 20 años	185	53.8
≥ 20 años	159	46.2
Actividad en el consultorio > 50% del tiempo total laboral	160	46.5
Cantidad de pacientes/mes (> 100)	191	55.3

49.4%, $p < 0.01$; cirugía de revascularización miocárdica [CRM] 88.5% vs. 63.9%, $p < 0.01$). Asimismo, los médicos con mayor edad recibieron más consultas tanto de hombres (71.4% vs. 57.1%; $p = \text{NS}$) como de mujeres (6.7% vs. 4.6%; $p < 0.01$). Por otro lado, los profesionales de 60 años o más solicitaron la medición de testosterona (35.6% vs. 17.2%; $p < 0.01$) e indicaron inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (56.2% vs. 30.8%; $p < 0.01$) más frecuentemente que los médicos menores de 60 años. Se observó una mayor búsqueda de educación médica relacionada con la AS y la enfermedad cardiovascular (ECV) en el marco de congresos o cursos por parte de los colegas de mayor edad (≥ 60 años 53.3% vs. < 60 años 35.4%; $p < 0.01$). Cuando se analizaron las respuestas considerando el sexo de los encuestados, no hubo diferencias en considerar relevante o muy relevante interrogar a los pacientes acerca de su AS (cardiólogas 66.7% vs. cardiólogos 69.2%; $p = 0.64$). Tampoco se encontraron diferencias en cuanto a los motivos de consultas sobre la AS. Los cardiólogos encararon el reinicio de la AS luego de un evento cardiovascular con más frecuencia que las cardiólogas (post-infarto agudo de miocardio 84.9% vs. 70.1%, $p < 0.01$; post-angioplastia transluminal coronaria 66.2% vs. 46.3%, $p < 0.01$; post-CRM 77.9% vs. 60%, $p < 0.01$). La [figura 2](#) detalla el tiempo considerado para el reinicio de la AS. Los especialistas de

Tabla 2. Principales respuestas de la población total encuestada

Pregunta	Respuesta
Refiere abordar el tema del reinicio de la actividad sexual	Post-IAM: 274/345 (79.4%) (243/345 [70.5%] entre las segunda y cuarta semana) Post-ATC programada: 204/345 (59.1%) (315/345 [91.4%] entre la primera y cuarta semana) Post-CRM: 246/345 (71.4%) (291/345 [84.6%] entre la cuarta y sexta semana)
Causas de disfunción eréctil	Psicológicas: 65% Vasculares: 17.9% Farmacológicas: 10.9% Betabloqueantes: 93.7% Diuréticos: 22.6% IECA: 21.4% ARAI: 14.8% Bloqueantes cárnicos: 12.3% Estatinas: 4.8%
Indica un inhibidor de la fosfodiesterasa tipo 5	68.2%
Solicita medición de testosterona total y libre plasmática	27.7%
Busca educación médica relacionada con la prescripción de la AS en el marco de congresos, jornadas o cursos	41%
¿Le interesaría que la SAC organice alguna actividad educativa sobre esta temática?	95.1%

ARAI: antagonistas de los receptores de angiotensina II; ATC: angioplastia transluminal coronaria; CRM: cirugía de revascularización miocárdica; IAM: infarto agudo de miocardio; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina I; SAC: Sociedad Argentina de Cardiología; AS: actividad sexual.

**Figura 1.** Motivos de consulta sobre la actividad sexual luego de un evento cardiovascular según la edad.

*p < 0.05.

CV: cardiovascular; AS: actividad sexual.

ambos sexos solicitan la medición de testosterona con poca frecuencia (17.5% vs. 26.3%; p = 0.06). En comparación a los pares de sexo femenino, los masculinos consideraron más frecuentemente que el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina I (23.9% vs. 15%; p = 0.049), los antagonistas de

receptores de angiotensina II (17.9% vs. 7.9%; p = 0.01) o los diuréticos (25.2% vs. 15.8%; p = 0.04) se asociaban con DE. Se observó un mayor interés en buscar capacitación relacionada con la AS y la ECV por parte de los especialistas de sexo masculino en comparación a las médicas cardiólogas (45.95% vs. 32.3%; p = 0.01).

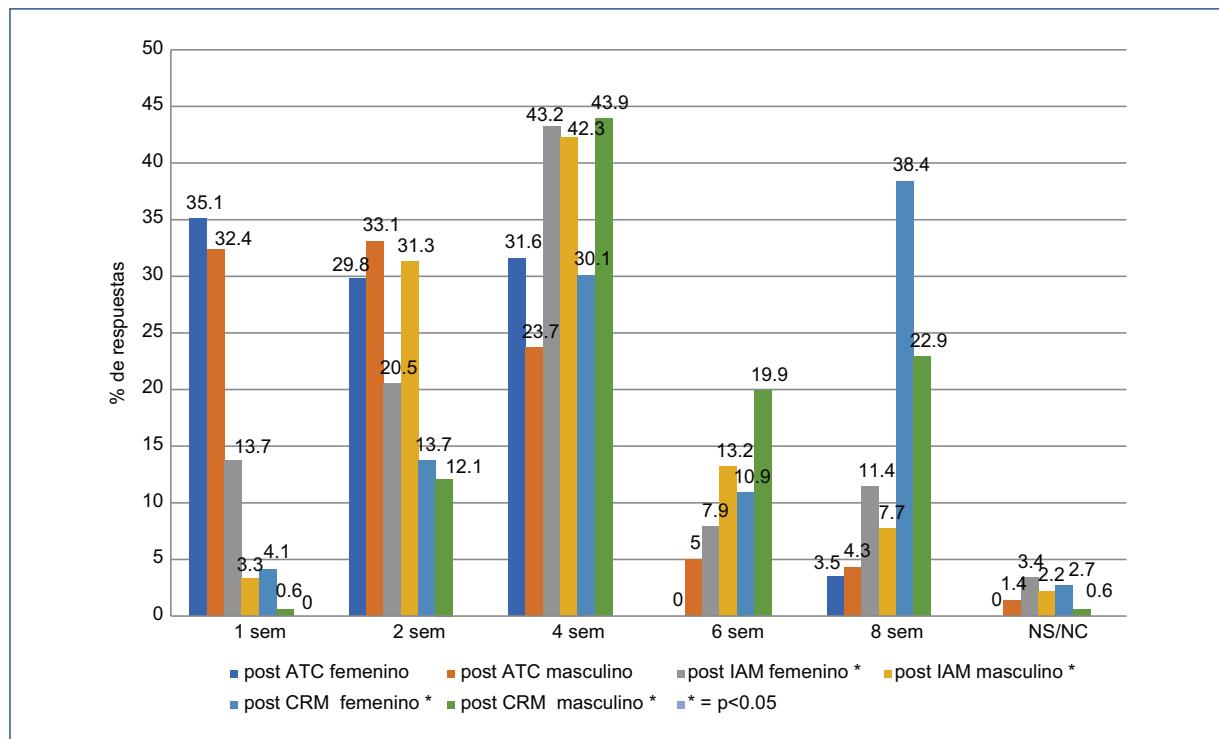


Figura 2. Tiempo considerado para el reinicio de la actividad sexual luego del evento cardiovascular según el sexo. ATC: angioplastia transluminal coronaria; CRM: cirugía de revascularización miocárdica; IAM: infarto agudo de miocardio; sem: semana; NS/NC: no sabe/no contesta.

Los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 son más indicados por los médicos hombres en comparación a las especialistas mujeres (49.5% vs. 18.6%; $p < 0.001$). De las consultas relacionadas con la AS, el 68.3% de los pacientes de sexo masculino consultan a cardiólogos y el 49.6% a cardiólogas. Asimismo, las pacientes de sexo femenino consultan a cardiólogos o cardiólogas en un 4.6% y 6.3%, respectivamente, siendo la pérdida de la libido el síntoma más habitual (63%).

Discusión

En este estudio se puede observar el grado de conocimiento y la actitud profesional sobre temas relacionados con la AS de los pacientes en médicos cardiólogos/as de nuestro país. La sexualidad es un determinante de bienestar, siendo un aspecto que influye considerablemente en la calidad de vida de los pacientes y sus parejas. El aumento en la esperanza de vida en el mundo occidental, en parte debida a una reducción en la mortalidad cardiovascular, se asocia con un mayor número de adultos mayores físicamente y sexualmente activos, con expectativas de poder lograr y

mantener relaciones sexuales satisfactorias^{13,14}. Sin embargo, la prevalencia de cardiopatía isquémica en los individuos más jóvenes también ha ido en aumento, y en este grupo etario la AS luego de un evento cardiovascular es también un tema importante. Existen barreras, algunas inherentes al ámbito médico como la falta de conocimiento, confianza y capacitación, y muchas otras que surgen desde la perspectiva del paciente, que impiden generar un espacio para tratar temas sexuales¹⁵. La ocurrencia de un evento cardiovascular genera un punto de inflexión en la vida del paciente y su familia. Existe evidencia, por un lado, del impacto físico y mental que genera un evento cardiovascular, y por otro, que aquellos con enfermedad coronaria presentan una disminución de la AS. El reto de retomar la AS luego de un evento cardiovascular genera ansiedad y depresión tanto en el paciente como en la pareja. Según datos publicados hace más de 25 años, y, por cierto poco investigados en estudios más recientes, se estima que solo el 25% de los pacientes retoman la AS habitual después de un evento cardiovascular¹⁶⁻¹⁹. En esta muestra de cardiólogos/as, el tiempo considerado por los profesionales para el

reinicio de la AS fue variable, dependiendo de la complejidad del evento cardiovascular y/o el procedimiento realizado, siendo acorde a las recomendaciones actuales²⁰. Según datos de registros internacionales, la mayoría de los médicos no abordan la sexualidad de sus pacientes, y estos consideran que el diálogo con el médico es el factor más importante para reanudar la AS^{15,21-23}. Es cierto que el enfoque del aprendizaje y la formación no debe incluir solo a los pacientes, sino también a su pareja y al médico. Como es sabido, puede existir incomodidad por parte del médico durante el interrogatorio y, por otro lado, muchos pacientes no desean hablar de su AS²⁴⁻²⁷. Hace unos años, Djurovic et al. cuestionaron a los profesionales de la salud por no realizar correctamente su trabajo al emprender la «rehabilitación sexual», dejando claro que la ignorancia y los prejuicios eran las principales razones. Asimismo, se destaca la baja participación del médico en la impartición de instrucciones (alrededor del 20%) y la resistencia de todos los profesionales durante la hospitalización del paciente, especialmente de enfermería²⁸. Doherty et al. llevaron a cabo en Irlanda encuestas a profesionales sanitarios con el objetivo de documentar la práctica habitual y valorar las necesidades de los profesionales de las áreas de rehabilitación cardiovascular en cuanto a la evaluación y manejo de la vida sexual de los pacientes. Al igual que en estudios previos, el personal de salud cree que los pacientes no esperan que les pregunten sobre sus preocupaciones sexuales. Además, un dato de relevancia fue que alrededor del 90% de los médicos coincidieron que la sexualidad es un tema demasiado privado; y que solo debe contemplarse si fue iniciado por el paciente²⁹. En nuestro estudio, dependiendo el cuadro clínico que motiva la internación, entre el 59 y el 79.5% refirió plantear el reinicio de la AS con sus pacientes. En el año 2013, una encuesta en la que participaron cardiólogos y residentes miembros de la Sociedad Holandesa de Cardiología reveló varios factores causales de la falta de práctica en la evaluación de la salud sexual. En primer lugar, casi el 30% de los cardiólogos declararon carecer de los conocimientos necesarios y el 35% afirmó no poseer la formación adecuada para tratar la DS. Casi la mitad de los encuestados lo atribuyó a la ausencia de un espacio en la práctica cardiológica para plantear el tema³⁰. Nuestros hallazgos arrojan información semejante; el 36.2% no considera la DS como un marcador de riesgo cardiovascular y el 32% no considera relevante interrogar a los pacientes sobre su AS. Además, los cardiólogos de mayor edad interrogaron sobre la función sexual

con mucha más frecuencia que sus colegas más jóvenes. La literatura nos muestra que el entrenamiento previo en habilidades de comunicación y los médicos que se aproximan a las preocupaciones psicosociales son los predictores más fuertes para interrogar sobre temas sexuales³¹. En el año 2009, una revisión mostró que la educación sexual para estudiantes de medicina, residentes, médicos y otros profesionales de la salud, no se encontraba estandarizada y era inadecuada en la mayoría de los centros³², situación que poco ha cambiado en la última década, pero ha tomado relevancia en diversas publicaciones³³⁻³⁵. La realidad es que los planes de estudios de las carreras médicas han sido deficientes en el área de la educación en sexualidad. Esta deficiencia puede verse reflejada también en el poco interés en buscar información médica relacionada con AS que observamos en nuestro estudio, donde solo el 41% refirió hacerlo. Como es sabido, los fármacos cardiovasculares pueden afectar la función sexual. El conocimiento de los efectos secundarios sexuales de los medicamentos y el asesoramiento adecuado son vitales³⁶. Los antihipertensivos y diuréticos son las causas más comunes de DS inducida por fármacos. La hidroclorotiazida y la espironolactona se asocian con pérdida de la libido y DE. Ciertos bloqueantes betaadrenérgicos (atenolol, metoprolol, labetalol) se asocian a DE. La DS ocurre con menos frecuencia en los betabloqueantes cardioselectivos y con escasa solubilidad en lípidos^{37,38}. Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina I y los bloqueantes del receptor de angiotensina II rara vez causan DE³⁹, sin embargo, en nuestro registro observamos que son considerados como causa de esta en un 21.4 y 14.8%, respectivamente, posiblemente por desconocimiento. Con respecto a la DE, debe considerarse una oportunidad tanto para el paciente como para el médico para abrir una ventana sobre un posible riesgo cardiovascular. El vínculo entre la DE y el riesgo de ECV se caracteriza por factores de riesgo cardiovascular compartidos y la posibilidad de que la DE pueda predecir eventos cardiovasculares, debido a la superposición de mecanismos fisiopatológicos que incluyen la inflamación, la disfunción endotelial y la aterosclerosis. Se la conoce como una relación bidireccional donde los pacientes con ECV son más propensos a presentar DE y aquellos con DE tienen más probabilidades de desarrollar ECV. La DE de origen vascular es un marcador independiente de riesgo de ECV y puede revelar la presencia de enfermedad vascular subclínica en un individuo asintomático^{40,41}. Todos los estratificadores de riesgo

cardiovascular tienen ciertas limitaciones, no obtienen la duración e intensidad de la exposición a un factor de riesgo, y también carecen de algunos de ellos como antecedentes familiares y niveles de testosterona. En el año 2017, el grupo QRISK publicó una de las primeras puntuaciones de riesgo en incorporar la DE como factor de riesgo independiente en su modelo actualizado de riesgo cardiovascular a 10 años, que calcula un aumento del riesgo del 25% para los hombres de mediana edad. Una respuesta positiva a una pregunta sobre DE debería resultar en la medición matutina del nivel de testosterona. En los últimos años se evidenció que la DE y la deficiencia de testosterona son predictores importantes de un mayor riesgo cardiovascular⁴²⁻⁴⁵. En nuestro análisis se observa que menos de un tercio de los cardiólogos/as solicita medición de testosterona a sus pacientes. Esta realidad advierte sobre la necesidad de un mayor número de estudios de investigación dirigidos a la salud sexual de los pacientes y un mayor compromiso de los cardiólogos en la estratificación de riesgo, educación, acompañamiento y asesoramiento del paciente. Durante los últimos 30 años, diferentes guías y recomendaciones de expertos han señalado la importancia de evaluar la función sexual en los pacientes con ECV, pero en la práctica diaria sigue siendo infrecuente. En la muestra de cardiólogos evaluados, nuestro estudio mostró que el grado de conocimiento sobre los aspectos relacionados con la AS fue deficiente, pero paradójicamente, como un alto porcentaje de cardiólogos/as refirieron emprender el tema, se debería trabajar para que los profesionales accedan a mejorar sus conocimientos. El sexo y la edad de los profesionales influyó en algunos tópicos relacionados con la actitud médica y el abordaje de la sexualidad de los pacientes. La generalización de los hallazgos del estudio es limitada debido a la muestra de pequeñas dimensiones. Asimismo, se utilizó un instrumento no validado, estimulado por inquietudes y experiencias de la práctica cardiológica diaria. Las respuestas del instrumento (autoinformes) pueden dar lugar a una mala interpretación de la percepción de algunos elementos y un recuerdo inexacto. Además, el instrumento utilizado en esta investigación no fue evaluado con una escala de valoración o baremo. Finalmente, entendemos que en el abordaje del tema en esta investigación podría darse un error no sistemático relacionado con la deseabilidad social. En esa línea, la necesidad del individuo que se somete a una encuesta de quedar bien con el encuestador podría influir en los resultados reportados. Sin embargo, estos posibles sesgos

fueron limitados, ya que los ítems de la encuesta se concentraron en las prácticas clínicas diarias de los participantes y no en eventos específicos en un momento particular del pasado. Dado que la sexualidad se considera uno de los tabúes culturales, realizar un estudio centrado en cuestiones sexuales puede ser un tema incómodo y delicado.

Conclusiones

Nuestro estudio mostró que el grado de conocimiento sobre los aspectos relacionados con la AS de los pacientes fue deficiente. Si bien la DS se considera un factor de riesgo cardiovascular independiente, existen múltiples barreras que dificultan el abordaje de la sexualidad en la práctica habitual. Dada la relevancia del tema, consideramos importante fortalecer la educación médica en todos los ámbitos, concienciando al médico cardiólogo que los aspectos ligados a la AS deberían incluirse en el abordaje de los pacientes en la práctica clínica habitual.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Material suplementario

El material suplementario se encuentra disponible en *Archivos de Cardiología de México online* (10.24875/ACM.210003981). Este material es provisto por el autor de correspondencia y publicado online para el

beneficio del autor. El contenido del material suplementario es responsabilidad única de los autores.

Bibliografía

1. Jelavic MM, Krstačić G, Perenčević A, Pintarić H. Sexual activity in patients with cardiovascular disease. *Acta Clin Croat.* 2018;57:141-8.
2. Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
3. Byrne M, Doherty S, Fridlund BGA, Mårtensson J, Steinke EE, Jaarsma T, et al. Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2:CD010988.
4. Dávulos I, González Naya E, Marini Marcilla M. Sexual activity after myocardial revascularization surgery. *Curr Probl Cardiol.* 2021;46:100678.
5. Bauer M, Haesler E, Fetherstonhaugh D. Let's talk about sex: older people's views on the recognition of sexuality and sexual health in the health-care setting. *Health Expect.* 2016;19:1237-50.
6. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. *J Sex Med.* 2013;10:2658-70.
7. Reese JB, Sorice K, Beach MC, Porter LS, Tulsky JA, Daly MB, et al. Patient-provider communication about sexual concerns in cancer: a systematic review. *J Cancer Surviv.* 2017;11:175-88.
8. Kotronoulas G, Papadopoulou C, Patiraki E. Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. *Support Care Cancer.* 2009;17:479-501.
9. Richards A, Dean R, Burgess GH, Caird H. Sexuality after stroke: an exploration of current professional approaches, barriers to providing support and future directions. *Disabil Rehabil.* 2016;38:1471-82.
10. O'Connor SR, Connaghan J, Maguire R, Kotronoulas G, Flannagan C. Healthcare professional perceived barriers and facilitators to discussing sexual wellbeing with patients after diagnosis of chronic illness: A mixed-methods evidence synthesis. *Patient Educ Couns.* 2019;102:850-63.
11. Gleeson A, Hazell E. Sexual well-being in cancer and palliative care: an assessment of healthcare professionals' current practice and training needs. *BMJ Support Palliat Care.* 2017;7:251-4.
12. Clark RD, Williams AA. Patient preferences in discussing sexual dysfunctions in primary care. *Fam Med.* 2014;46(2):124-8.
13. Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. *Soc Sci Med.* 2003;56(8):1617-28.
14. Kessler A, Sollie S, Challacombe B, Briggs K, Hemelrijck MV. The global prevalence of erectile dysfunction: a review. *BJU Int.* 2019 Jul 2. doi: 10.1111/bju.14813. Online ahead of print.
15. Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M, Doherty S, Dougherty CM, et al. Sexual counselling for individuals with cardiovascular disease and their partners: a consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Eur Heart J.* 2013;34:3217-35.
16. Stein R, Hohmann CBA. Sexual activity and heart. *Arq Bras Cardiol.* 2006;86:61-7.
17. Thorson AI. Sexual activity and the cardiac patient. *Am J Geriatr Cardiol.* 2003;12(1):38-40.
18. Froelicher ES, Kee LL, Newton KM, Lindskog S, Livingston M. Return to work, sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. *Heart Lung.* 1994;23:423-35.
19. Dantas RA, Aguiar OM, Barbeira CB. Retorno às atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Lat Am Enfermagem* 2001; 9: 26-31.
20. DeBusk R, Drory Y, Jackson G, Kaul S, Kimmel SE, Kostis JB, et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol.* 2000;86:62F-8F.
21. Zéler A, Troadec C. Doctors talking about sexuality: What are the patients' feelings? *Sex Med.* 2020;8:599-607.
22. Soroush A, Komasi S, Heydarpour B, Ezzati P, Saeidi M. The effectiveness of psychosexual education program on psychological dimensions of sexual function and its quality in cardiac rehabilitation patients. *Res Cardiovasc Med.* 2018;7:82-6.
23. Murphy PJ, Noone C, D'Eath M, Casey D, Doherty S, Jaarsma T, et al. The CHARMS pilot study: a multi-method assessment of the feasibility of a sexual counselling implementation intervention in cardiac rehabilitation in Ireland. *Pilot Feasibil Stud.* 2018;4:88.
24. Baumgartner MK, Hermans T, Cohen A, Schmid DM, Burkhardt S, Sulser T, et al. Patients' knowledge about risk factors for erectile dysfunction is poor. *J Sex Med.* 2008;5:2399-404.
25. Kalka D, Gebala J, Borecki M, Pilecki W, Rusiecki L. Return to sexual activity after myocardial infarction - An analysis of the level of knowledge in men undergoing cardiac rehabilitation. *Eur J Intern Med.* 2017;37:e31-e33.
26. Kalka D, Zdrojowy R, Womperski K, Gebala J, Smoliński R, Dulanowska A, et al. Should information about sexual health be included in education directed toward men with cardiovascular diseases? *Aging Male.* 2018;21:243-50.
27. De Souza CA, Cardoso FL, Silveira RA, Martins C. Abordagem pelo cardiologista. Na atividade sexual do doente com doença arterial coronária. *Acta Med Port.* 2011;24:249-54.
28. Djurović A, Marić D, Brdareski Z, Konstantinović L, Rafajlović S, Obradović S, et al. Sexual rehabilitation after myocardial infarction and coronary bypass surgery: why do we not perform our job? *Vojnosanit Pregl.* 2010;67:579-87.
29. Doherty S, Byrne M, Murphy AW, McGee HM. Cardiac rehabilitation staff views about discussing sexual issues with coronary heart disease patients: A national survey in Ireland. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2011;10:101-7.
30. Nicolai MPJ, Both S, Liem SS, Pelger RCM, Putter H, Schalij MJ, et al. Discussing sexual function in the cardiology practice. *Clin Res Cardiol.* 2013;102:329-36.
31. Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E, Kyrania E, Salpigidis G, Hatzichristou D. Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. *J Sex Med.* 2006;3(4):583-8.
32. Parish SJ, Rubio-Aurioles E. Education in sexual medicine: proceedings from the international consultation in sexual medicine. *J Sex Med.* 2009;7:3305-14.
33. Eardley I, Reisman Y, Goldstein S, Kramer A, Dean J, Coleman E. Existing and future educational needs in graduate and postgraduate education. *J Sex Med.* 2017;14:475-85.
34. Shindel AW, Baazeem A, Eardley I, Coleman E. Sexual health in undergraduate medical education: Existing and future needs and platforms. *J Sex Med.* 2016;13:1013-26.
35. Av R, Lawrence T, Pv S. Doctors attitude towards sexual health problems - A practice survey. *J Assoc Physicians India.* 2020;68(3):24-7.
36. Papadopoulos C. Cardiovascular drugs and sexuality. *Arch Intern Med.* 1980;140:1341-5.
37. Smith PJ, Talbert RL. Sexual dysfunction with antihypertensive and antipsychotic agents. *Clin Pharm.* 1986;5:373-84.
38. Rerkpattanapipat P, Stanek MS, Kotler MN. Sex and the heart: what is the role of the cardiologist? *Eur Heart J.* 2001;22:201-8.
39. Carvajal A, Lerida MT, Sanchez A, Martin LH, de Diego IM. ACE inhibitors and impotence; a case series from the Spanish drug monitoring system. *Drug Saf.* 1995;13:130-1.
40. Corona G, Rastrelli G, Isidori AM, Pivonello R, Bettocchi C, Reisman Y, et al. Erectile dysfunction and cardiovascular risk: a review of current findings. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2020;18:155-64.
41. Miner M, Parish SJ, Billups KL, Paulos M, Sigman M, Blaha MJ. Erectile dysfunction and subclinical cardiovascular disease. *Sex Med Rev.* 2019;7:455-63.
42. Hackett G, Kirby M. Erectile dysfunction and testosterone deficiency as cardiovascular risk factors? *Int J Clin Pract.* 2018;72:e13054.
43. Nehra A, Jackson G, Miner M, Billups KL, Burnett AL, Buvat J, et al. The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc.* 2012;87:766-78.
44. Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Development and validation of QRISK3 risk prediction algorithms to estimate future risk of cardiovascular disease: prospective cohort study. *BMJ.* 2017;357:j2099.
45. Kloner RA, Carson C, Dobs A, Kopecky S, Mohler ER. Testosterone and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol.* 2016;67(5):545-57.