

Relación entre el riesgo cardiometabólico estimado por el índice global de adiposidad y disfunción eréctil

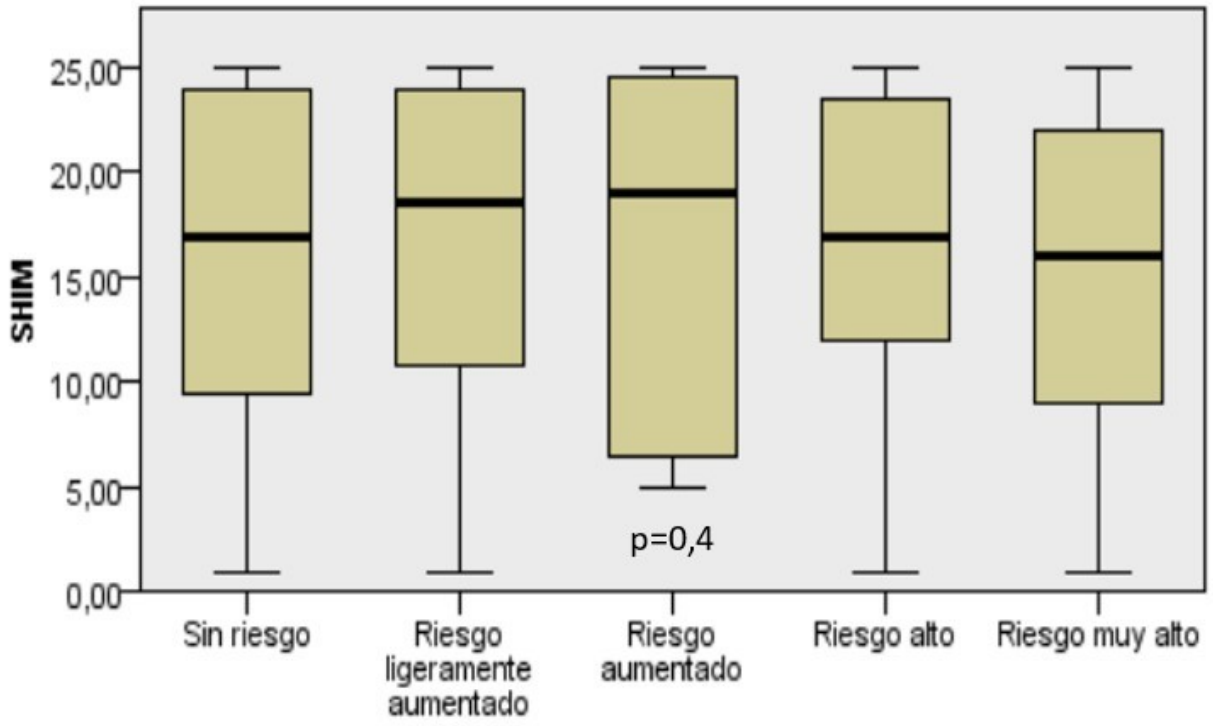
José Manuel Cano Moracho(1), María Luisa Giganto Arroyo(1), Irene Bielsa García(2), Juan José Téllez Zaya(2), Begoña Martín Martínez(3), Evelyn Mayordomo Fernández(4), Elisa Jorge Mata(3), Natividad Plazas Andreu(5), Juan Manuel Estévez Espejo(5), Laura Mora Yagüe(1), Silvia Jiménez Loeches(1), Eloy Gómez Mariscal(1), Laura Gallego Parra(1), Ana Mª Sánchez Hernández(1) y Roberto Muñoz Aguilera(1) de (1)Cardiología, (2)DUE Rehabilitación Cardíaca, (3)Fisioterapia, (4)Terapia Ocupacional y (5)Rehabilitación. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid - España

Introducción: El riesgo cardiometabólico (RCM) está íntimamente relacionado con la obesidad abdominal y con factores de riesgo clásicos de enfermedad aterosclerótica como la HTA, la dislipemia y la diabetes o la resistencia a la insulina. Todos estos factores de riesgo también están relacionados con la incidencia de disfunción eréctil (DE). Hemos querido ver la relación que existe entre la presencia de disfunción eréctil valorada mediante cuestionario SHIM (Sexual Health Inventory for Men) en pacientes participantes de un programa de Rehabilitación cardíaca (RhC), según el RCM estimado a partir del índice global de adiposidad, determinado a su vez por el porcentaje de grasa corporal total (%GCT) y la circunferencia de cintura (CC).

Métodos: Se incluyen a pacientes que concluyen un programa de RhC y que responden al cuestionario SHIM en la valoración inicial. A todos ellos se les mide la CC y se realiza un análisis de la composición corporal mediante bioimpedancia eléctrica para determinar %GCT, estableciendo 9 fenotipos de adiposidad, según los puntos de corte definidos por la OMS y los más utilizados para %GCT. En base a ellos se estima el RCM, estratificándolos en 5 grupos: sin riesgo (G1), riesgo ligeramente aumentado (G2), riesgo aumentado (G3), riesgo alto (G4) y riesgo muy alto (G5). Se calcula la prevalencia de la DE en cada grupo, y se analiza las diferencias de puntuación del cuestionario SHIM entre los 5 grupos.

Resultados: Se incluyen un total de 509 pacientes (37 en G1, 58 en G2, 9 en G3, 117 en G4, y 288 en G5), edad media 58,83±9,95 años, con FEVI 54,97±8,67%. La edad de G1 es ligeramente menor que G4 y G5 (54,14± 12,34 años, p=0,01 y 0,02, respectivamente), sin diferencias entre los otros grupos. La FEVI es similar entre los 5 grupos, no habiendo diferencias entre los motivos de inclusión al programa de RhC. La prevalencia de DE es del 62,2% en G1, 63,8% en G2, 66,7% en G3 y G4 y 74% en G5 (p=0,29). No se observaron diferencias significativas en la puntuación global del cuestionario entre los grupos (p=0,40).

Conclusiones: La prevalencia de DE es muy elevada entre los participantes de un programa de RhC. En la población de análisis no se ha observado relación entre el RCM determinado por el índice global de adiposidad y la presencia de DE.


SHIM
25,00
20,00
15,00
10,00
5,00
0,00
p=0,4
Sin riesgo
Riesgo ligeramente aumentado
Riesgo aumentado
Riesgo alto
Riesgo muy alto