



Original

Factores relacionados con la presencia de disfunción eréctil en pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño

Miguel Angel Giner^{a,*}, Eduardo Rovira^{a,*}, Raúl Julve^a, Maria Isabel Salvador^a, Elsa Naval^b, Francisco Javier Puertas^b y Ricardo Bou^c^aUnidad HTA, Servicio Medicina Interna, Hospital Universitario de La Ribera, Valencia, España^bUnidad del Sueño, Hospital Universitario de La Ribera, Valencia, España^cServicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de La Ribera, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de febrero de 2011

Aceptado el 31 de mayo de 2011

On-line el 22 de septiembre de 2011

Palabras clave:

Apnea obstructiva del sueño

Disfunción eréctil

RESUMEN

Fundamento y objetivo: El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) puede contribuir al desarrollo de disfunción eréctil (DE) a través de múltiples mecanismos. El objetivo fue identificar los factores que están relacionados con la presencia de DE en estos pacientes.

Pacientes y método: Estudio transversal en varones diagnosticados de SAOS. Se recogieron variables demográficas, índice de apneas-hipopneas (IAH), comorbilidad, fármacos, presión arterial, escala Epworth, exploración física, electrocardiograma, índice tobillo-brazo, analítica sanguínea y de orina. La presencia de DE se valoró mediante el cuestionario IIEF-5.

Resultados: Se incluyeron 142 pacientes, con una edad media (desviación estándar) de 53 (11) años. La prevalencia de DE fue del 69%. Encontramos diferencias significativas en el IAH entre los pacientes con DE leve y grave (41 [21] frente a 63 [18]; $p = 0,023$). La DE se asoció a la hipertensión arterial [HTA] (*odds ratio* [OR] 3,56; intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 1,64-7,72), hipercolesterolemia (OR 7,19; IC 95% 2,39-21,68), diabetes mellitus tipo 2 (OR 3,07; IC 95% 1,02-9,48) y cardiopatía isquémica (OR 1,51; IC 95% 1,33-1,70), así como al tratamiento con antihipertensivos (OR 4,05; IC 95% 1,76-9,31), hipolipidemiantes (OR 9,71; IC 95% 2,21-22,72), antidiabéticos (OR 3,21; IC 95% 0,69-14,89), antiagregantes y anticoagulantes (OR 6,44; IC 95% 1,45-28,64). Tras el análisis de regresión logística, la DE se asoció con la edad (OR 1,11; IC 95% 1,05-1,16) y la hipercolesterolemia (OR 4,87; IC 95% 1,49-15,96).

Conclusiones: Los pacientes con SAOS tienen una alta prevalencia de DE, principalmente en SAOS grave. Los factores que influyen en la presencia de la DE en pacientes con SAOS son fundamentalmente la edad y la hipercolesterolemia. Otros factores que pueden estar relacionados son la HTA, el mal control metabólico, la cardiopatía isquémica y el consumo de antihipertensivos, estatinas y antidiabéticos.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Factors related with the presence of erectile dysfunction in patients with obstructive sleep apnea

ABSTRACT

Background and objective: Obstructive sleep apnea (OSA) syndrome can contribute to the development of erectile dysfunction (ED) through multiple mechanisms. The aim was to identify factors influencing the presence of ED in these patients.

Patients and methods: Cross sectional study in men diagnosed with OSA by polysomnography. We obtained information about demographic variables, apnea-hypopnea index (AHI), comorbidity, blood pressure, drugs, Epworth Sleepiness Scale, physical examination, electrocardiogram, ankle-brachial index and blood and urine analysis. The presence of ED was assessed by questionnaire IIEF-5.

Results: We included 142 patients, mean age was 53 (11) years. The prevalence of ED was 69%. We found significant differences in AHI between patients with mild and severe ED (41 [21] vs 63 [18], $P = .023$). ED was associated with hypertension (*odds ratio* [OR] = 3.56 [1.64-7.72]), hypercholesterolemia (OR = 7.19 [2.39-21.68]), diabetes mellitus type 2 (OR = 3.07 [1.02-9.48]) and ischemic heart disease (OR = 1.51

Keywords:

Obstructive sleep apnea

Erectile dysfunction

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: erovira@hospital-ribera.com (E. Rovira).

[1.33–1.70]); and treatment with antihypertensive (OR = 4.05 [1.76–9.31]), lipid-lowering drugs (OR = 9.71 [2.2–22.72]), anti-diabetic drugs (OR = 3.21 [0.69–14.89]), antiplatelet and anticoagulant agents (OR = 6.44 [1.45–28.64]). After logistic regression analysis, only age (OR = 1.11 [1.05–1.16]) and hypercholesterolemia (OR = 4.87 [1.49–15.96]) were associated with ED.

Conclusions: Patients with OSA have a high prevalence of ED, mainly in severe OSA. Factors influencing the presence of ED in patients with OSA are primarily age and hypercholesterolemia. Other factors that may be related include hypertension, poor metabolic control, ischemic heart disease, and treatment with antihypertensive, lipid-lowering and anti-diabetic drugs.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El síndrome de apnea-hipopnea del sueño consiste en la aparición de episodios recurrentes de limitación del paso del aire durante el sueño provocando descensos de la saturación arterial de oxígeno (SatO₂) y microdespertares que dan lugar a un sueño no reparador, somnolencia diurna excesiva y trastornos neuropsiquiátricos, respiratorios y cardíacos¹. Los estudios realizados estiman la prevalencia del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) en la población adulta masculina de edad media entre el 4–6%, aunque en general se acepta que la proporción de SAOS clínicamente diagnosticada está infraestimada¹.

En múltiples estudios se ha relacionado el SAOS con otras enfermedades, concluyendo que este es causa independiente de hipertensión arterial (HTA), y que puede producir enfermedad cardiovascular, ictus e incluso disfunción del sistema endocrino^{1–3}. En otros estudios se sugiere que el SAOS grave es un factor que contribuye al desarrollo de la disfunción eréctil (DE), a través de mecanismos hormonales, neurológicos, vasculares y psicológicos².

La DE se define como la incapacidad persistente o recurrente para alcanzar y/o mantener una adecuada rigidez del pene de tal modo que impide llevar a cabo una relación sexual satisfactoria⁴. Aunque no se trata de una patología de riesgo vital, la DE afecta en gran medida a la calidad de vida, a la calidad de la relación y al nivel de comunicación en la pareja⁵. De hecho, la Organización Mundial de la Salud la reconoce como un problema que afecta a la salud sexual, y esta, a su vez, es reconocida como un derecho humano básico⁶.

La DE está asociada a la edad^{2,7}, la obesidad, el tabaco, el abuso de alcohol², y algunos fármacos^{2,7}. También es común en múltiples patologías crónicas como la diabetes mellitus (hasta el 75%)^{2,7,8}, la HTA (47%)^{2,7,9}, cardiopatías y la insuficiencia renal crónica². En los últimos años, la DE se ha asociado con desórdenes respiratorios crónicos (40%)¹⁰ como son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, 57%) y el SAOS².

Aunque la DE puede ser un marcador de riesgo cardiovascular elevado^{11–13}, y a pesar de que existe una alta prevalencia de DE en pacientes con SAOS, los factores que contribuyen al desarrollo de la DE en estos pacientes no son del todo concluyentes. Con este propósito se planteó el presente estudio, cuyo objetivo fue identificar en pacientes con SAOS los factores que están relacionados con la presencia de DE.

Pacientes y método

Se diseñó un estudio observacional transversal sobre pacientes varones con SAOS. Se consideraron para su inclusión todos los pacientes varones que de forma consecutiva se diagnosticaron de SAOS desde el inicio del estudio durante los 6 meses de reclutamiento (febrero a julio de 2009). Se definió como paciente con SAOS a aquellos con un índice de apneas-hipopneas (IAH) superior a 5 en presencia de clínica compatible, o la presencia de un índice de alteración respiratoria (IAR), equivalente al IAH más el índice de microdespertares asociados a esfuerzo respiratorio o limitación al flujo, superior a 5 asociado con síntomas y signos

clínicos relevantes¹. Se excluyeron los pacientes con SAOS que ya se encontraban en tratamiento con presión continua positiva en la vía aérea superior (CPAP), aquellos sin relaciones sexuales en los últimos 6 meses, pacientes con alteraciones estructurales del pene, con diagnóstico de lesión medular, EPOC, y los que no firmaron el consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación de nuestro hospital.

Tras su inclusión, y antes de iniciar el tratamiento con CPAP, en caso de estar indicado, se realizó a todos los pacientes una valoración de las variables demográficas, exploración física, electrocardiograma, índice tobillo-brazo (ITB), presión arterial (PA) clínica y mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) durante 24 horas y extracción de una analítica completa en suero y orina de 24 horas.

La somnolencia excesiva diurna asociada al SAOS se valoró mediante la escala Epworth. Se consideró anormal una puntuación superior a 12¹⁴.

El registro de las apneas, hipopneas, horas de sueño, esfuerzo respiratorio, microdespertares, así como del tiempo con SatO₂ inferior al 90% y la SatO₂ mínima se obtuvieron mediante la polisomnografía (PSG) completa nocturna, realizada en la Unidad de Trastornos de Sueño de nuestro centro, mediante la cual se había diagnosticado al paciente de SAOS. En la PSG nocturna se registró simultáneamente la actividad electroencefalográfica de las derivaciones centrales derecha e izquierda, conocidas como C3 y C4 en el sistema 10–20, y de las derivaciones occipitales O1 y O2, permitiendo caracterizar la actividad alfa y la transición de la vigilia al sueño. Además, para reconocer las fases del sueño se registró la actividad del electrooculograma y del tono muscular mediante electrodos que recogieron la actividad electromiográfica en superficie del mentón. Igualmente se exploraron los parámetros cardiorrespiratorios mediante un sensor térmico de flujo nasobucal acompañado de cánulas nasales o nasobucales conectadas a transductores de presión, bandas torácicas y abdominales para medir el esfuerzo respiratorio, incluyendo el registro de la SatO₂ mediante pulsioximetría, y la actividad eléctrica cardíaca mediante electrocardiografía. Al mismo tiempo, se registró el ronquido mediante sensores piezoeléctricos situados en la zona lateral del cuello, el movimiento de las extremidades inferiores mediante electromiografía a nivel de los músculos tibiales anteriores, y la posición corporal mediante sensores¹. El IAH se calculó sumando el número de apneas más hipopneas dividido por el tiempo total de sueño (TTS). El IAR se calculó sumando el IAH y los esfuerzos respiratorios asociados a microdespertares. Se consideró apnea obstructiva la ausencia o caída > 95% de flujo nasobucal durante más de 10 segundos acompañado de esfuerzo respiratorio, y la hipopnea, la disminución de la señal respiratoria en más de un 30% (tanto del flujo nasobucal como del esfuerzo toracoabdominal) durante más de 10 segundos seguido de un despertar transitorio en el EEG y/o desaturación superior al 3%¹.

La presencia de DE se valoró mediante el cuestionario autoadministrado *International Index of Erectile Function-5* (IIEF-5). Se clasificó el grado de DE en 5 categorías: DE grave (puntuación 5–7), DE moderada (8–11), DE leve-moderada (12–16), DE leve (17–21), no DE (22–25)¹⁵.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3801632>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3801632>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)