

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
"DR. LUIS GONZALEZ FRANCIS"
CAMPECHE CAMPECHE

PREVALENCIA DE LA DISFUNCION ERECTIL EN LA POBLACION
MASCULINA DE 20 A 60 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 10 "DR. LUIS GONZALEZ FRANCIS"
CAMPECHE CAMPECHE

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. MARIA DEL CARMEN BAEZ VELA

CAMPECHE CAMPECHE
2005

m. 347485



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 10
"DR. LUIS GONZALEZ FRANCIS"
CAMPECHE CAMPECHE

PREVALENCIA DE LA DISFUNCION ERECTIL EN LA POBLACION
MASCULINA DE 20 A 60 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 10 **"DR. LUIS GONZALEZ FRANCIS"**
CAMPECHE CAMPECHE

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. MARIA DEL CARMEN BAEZ VELA

CAMPECHE CAMPECHE
2005



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 10 SANTALUCIA

**PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN LA POBLACIÓN
MASCULINA DE 20 A 60 AÑOS DE EDAD ADSCRITOS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 10 Dr. LUIS GONZALEZ FRANCIS:
CAMPECHE CAM**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:

Dra. MARIA DEL CARMEN BAÉZ VELA

AUTORIZACIONES



Dr. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.



Dr. ARNULFO IRIGÓYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.



Dr. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.

**PREVALENCIA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN LA POBLACIÓN
MASCULINA DE 20 A 60 AÑOS DE EDAD ADSCRITA A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 10 Dr. LUIS GONZALEZ FRANCIS:
CAMPECHE CAM**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:

Dr. MARIA DEL CARMEN BAÉZ VELA

AUTORIZACIONES




Dr. WILBERT DZIB GONZALEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No 10 Dr. LUIS GONZALEZ FRANCIS CAMPECHE CAM



M en CM. HAYDEE CABRERA REYES
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR I. M. S. S.



M en CM. HAYDEE CABRERA REYES
ASESOR DEL TEMA DE TESIS MEDICO FAMILIAR
I. M. S. S.



Dr. LEOPOLDO JUSTINIANO APOLINAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

CONTENIDO

1. Título.....	1
2. Índice general.....	3
3. Marco teórico.....	4
4. Planteamiento del problema.....	10
5. Justificación.....	11
6. Objetivos.....	12
➤ General	
➤ Específicos	
7. Metodología.....	13
➤ Tipo de estudio	
➤ Población, lugar y tiempo de estudio	
➤ Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
➤ Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
➤ Variables a recolectar	
➤ Método o procedimiento para captar la información	
➤ Consideraciones éticas	
8. Resultados.....	20
➤ Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
➤ Tablas y graficas	
9. Discusión de los resultados encontrados.....	27
10. Discusiones.....	28
11. Referencias bibliograficas.....	29
12. Anexos.....	31

ANTECEDENTES

La relación entre la salud y la sexualidad ha ocupado el interés de la especie humana prácticamente desde que se inició el esfuerzo de los seres humanos por comprender su propia naturaleza, su vida y su muerte. Lo "sexual" ha ocupado un lugar preponderante en las distintas épocas de la historia de la medicina, aun cuando se entiende que lo "sexual" cuenta con un sin número de aproximaciones teóricas. Desde entonces se nota la preocupación por la salud sexual de los individuos, ya que esta repercute en su comportamiento tanto individual como familiar y en los estilos de vida. Por lo tanto, la sexualidad debe ser comprendida desde la perspectiva sistémica, la cual la plantea como el resultado de la integración de cuatro dimensiones o potencialidades humanas: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal.

(1)

Dentro de las fases de la respuesta sexual humana pueden suceder alteraciones llamadas disfunciones sexuales; este término cubre problemas que afectan fundamentalmente la dimensión de los procesos eróticos en las distintas fases de la respuesta sexual humana.

Hasta ahora, a las disfunciones sexuales se les considera síndromes debido a las distintas etiologías que pueden manifestarse con la interrupción de algunas de las fases de la respuesta sexual. Las disfunciones sexuales pueden definirse como una serie de síndromes en el que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se

presentan en forma recurrente y persistente. Una de estas disfunciones es la Disfunción Eréctil. (2)

La disfunción eréctil (DE) es un problema de salud pública que afecta a millones de hombres, que se asocia con un importante malestar y deterioro de la calidad de vida. (3,4). La DE es un trastorno frecuente de la función sexual masculina; es parte del proceso del envejecimiento y puede relacionarse estrechamente con patologías concomitantes, como la diabetes, dislipidemia, cardiopatía e hipertensión. (5, 6, 7).

La prevalencia exacta de la DE se desconoce. Estudios recientes reportan prevalencias que van desde un 13% en el Reino Unido, un 19% en España y Alemania hasta un 30 % en Francia, 60% en Bélgica y en México se calcula que el 28% la padece. En el estudio de Massachussets acerca del envejecimiento masculino, que incluyó a 1,290 hombres, el 34.8% de los que tenían entre 40 y 70 años de edad se presentó DE moderada o grave. Al incluirse los hombres con DE leve (17.2%), la tasa global de DE en esta población aumentó hasta un 52%. (6, 8, 9)

En España se llevó a cabo un estudio en 2, 470 hombres entre 25 y 70 años de edad, reportando que la prevalencia de DE en respuesta a una pregunta simple fue de 12.1% (6). En México se estudiaron a 1 200 hombres de 40 años o más que radicaban en el DF, Guadalajara y Monterrey, encontrando una prevalencia global de 55% de la variante leve. La evaluación se realizó por medio de la aplicación del cuestionario IIEF-5 que clasifica a la disfunción eréctil en leve, moderada y severa. Las variables sociodemográficas mostraron que la

prevalencia aumentaba con edad, el nivel socioeconómico bajo, la menor escolaridad, el hecho de ser soltero y el desempleo. (10)

La DE se define como la incapacidad para conseguir o mantener una erección peniana suficiente para llevar a cabo una relación sexual satisfactoria. Puede manifestarse como una erección parcialmente rígida, la incapacidad de mantener la erección, o como la incapacidad de conseguir una erección completa. La erección peniana es el resultado de una serie de acontecimientos psicológicos, hormonales y hemodinámicos. La disfunción de uno o más de estos sistemas pueden dar lugar a DE. Por ello puede definirse la etiología de la DE cómo relacionada con causas orgánicas, psicógenas, o mixtas (11).

La interrupción del flujo sanguíneo normal hacia o desde el pene es la causa más frecuente de DE. Esto puede ser el resultado de aterosclerosis o de traumatismo que provoque la reducción de entrada del flujo de sangre a través de las arterias que van a los espacios cavernares , de una estimulación nerviosa anormal que cause relajación incompleta del músculo liso cavernoso, provocando salida excesiva de sangre , o del envejecimiento y otros factores que pueden influir en los componentes fibroelásticos del pene para su expansión. (12)

Hasta hace solo 20 años, se creía que el origen de la DE era psicógeno. Sin embargo, desde 1980, el creciente interés en la fisiopatología de la DE permitió reconocer que la mayoría de los casos se asociaban, al menos en parte, a una causa orgánica subyacente. En la actualidad se acepta que el envejecimiento y las enfermedades vasculares son los factores de riesgo más importantes para la

DE.(13). De hecho, la DE puede ser una señal o un indicio clínico de enfermedad vascular no diagnosticada. Son factores de riesgo importantes para la DE (13,14):

la enfermedad vascular coronaria, diabetes mellitus hipertensión, dislipidemia, enfermedad vascular, lesiones de la médula espinal, alteraciones hormonales, antidepresivos, antiandrógenos, depresión, problemas de relación e interpersonales, así como la obesidad, la prostatectomía.

Los hombres con DE presentan mayor prevalencia de enfermedades concomitantes (6,8), en donde la diabetes mellitus es la que mayor riesgo tiene para DE con una razón de momios (RM) de 2.6-4, seguida por la cardiopatía con RM 1.8-2.4, la hipertensión (RM 1.6-1.7) y la dislipidemia (RM 1.6).

El impacto de la DE puede apreciarse en la reducción de la calidad de vida: en una encuesta realizada en hombres con DE, las enfermedades concomitantes tenían un impacto significativo en los encuestados mayores de 45 años y la calidad de vida relacionada con la salud en encuestados con múltiples factores de riesgo para DE era significativamente menor que en aquellos sin factores de riesgo ($p < 0.001$) (13). Inevitablemente las compañeras de los hombres con DE también se veían de afectada por esta patología.

El índice Internacional de la Función Eréctil (IIFE) es una manera rápida, fiable y autoadministrable de medir la función eréctil, con validez transcultural y buenas características psicométricas, con sensibilidad y especificidad para detectar cambios relacionados con tratamientos en pacientes con DE (15). Contiene 15 preguntas (ítems) que cubran cinco áreas o dominios: a) función eréctil (6

ítems), b) función orgásmica (2 ítems), c) deseo sexual (2 ítems), d) satisfacción de la relación sexual (3 ítems) y e) satisfacción global (2 ítems).

Debido que las tasas de DE se incrementan con la edad, la creciente proporción de hombres mayores en la población así como el incremento de las enfermedades crónico degenerativas (diabetes, hipertensión, cardiopatía, etc.) hace prever que las tasa de prevalencia continuaran aumentando. De hecho, se calcula que la prevalencia mundial de DE se habrá duplicado a lo largo de los próximos 20 años desde 152 millones de hombres a 333 millones en el año 2025 (16). Sin embargo, la ficha estimada de hombres que soliciten tratamiento médico se mantendrá en un nivel tan bajo como de un 10% (17). Esto puede atribuirse a diferentes razones, como la complejidad de la sexualidad, los tabúes, las restricciones culturales, la falta de tratamiento satisfactorio y la aceptación de la situación como una lógica consecuencia del envejecimiento (17). Por ello, es un enfoque proactivo por parte de los médicos familiares para identificar a los hombres afectados por la DE.

Por todo anteriormente descrito, se considera importante realizar el presente estudio de investigación, para identificar la frecuencia o prevalencia de DE en los hombres de 20 a 60 años que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar da la UMF #10; ya que la DE puede tener profundos efectos negativos en la calidad de vida, así como en las relaciones interpersonales, de pareja y familiar que conllevan a una disfunción o alteraciones en dinámica familiar. Una vez identificada la DE, el paciente puede recibir el tratamiento integral y

adecuado que en el IMSS se cuenta con los recursos para su manejo integral, no sólo medicamentoso.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Disfunción Eréctil es un padecimiento que cada vez se presenta con mayor frecuencia en la población masculina, constituyendo en esta época ya un problema de salud pública a nivel mundial.

En nuestro país alcanza una prevalencia de 55% (6,8,9) en la variante leve, cifra muy importante que se debe tener en consideración para detectarla en forma oportuna y a su vez establecer un tratamiento eficaz, debido a que este padecimiento ejerce un fuerte impacto en la calidad de vida, relación y funcionalidad familiar de quien lo padece.

En la población masculina adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 10. "Dr. Luís González Francis" Campeche, existen condiciones propicias para que la disfunción eréctil se presente, como es la elevada prevalencia de Diabetes Mellitas tipo 2, la Hipertensión Arterial, la Dislipidemias, así como uso de medicamentos para el control de estas; motivo por el cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de la Disfunción Eréctil en la población masculina adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 10 "Dr. Luís González Francis" del Instituto Mexicano del Seguro Social Campeche?

JUSTIFICACIÓN

Actualmente la disfunción eréctil es un problema serio de salud pública que va en aumento. La idea de que perder la capacidad de tener o mantener una erección es solo producto de la edad o la falta de virilidad, han resultado falsas, y a pesar de esto, la gran mayoría de los sujetos afectados no solicitan ayuda.

Sabemos que existen varias enfermedades, así como el uso de medicamentos que provocan DE, como la diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, esto ejerce un fuerte impacto en la calidad de vida, la relación de pareja, de quien la padece.

Una vez identificada la disfunción eréctil el paciente puede recibir el tratamiento integral y adecuado, ya que el IMSS se cuenta con los recursos para su manejo integral.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de disfunción eréctil en la población masculina de 20 a 60 años de edad adscrita a la unidad de medicina familiar No 10 Dr. Luis González Francis de Campeche.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la frecuencia de disfunción eréctil por grupo de edad

- Determinar la proporción de hombres con disfunción eréctil severa

- Conocer la frecuencia de enfermedades concomitantes que favorecen la disfunción eréctil

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, observacional, transversal y prospectivo

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Todos los derechohabientes masculinos adscritos a la UMF No 10 Campeche de
20 a 60 años de edad

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección se realizará por medio de un muestreo no probabilístico

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculo el tamaño de la muestra con el paquete Epi-info. 6 para estudios transversales, con un Intervalo de confianza de 95%, un poder de 80%, con una prevalencia esperada del factor en no expuestos del 45%, con un RR de 2.6. Con una prevalencia del 55% en el grupo de expuestos.

160 sujetos

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión

- Hombres de 20 a 50 años de edad adscritos a la UMF No 10
- Con o sin enfermedades concomitantes

No inclusión

- Paciente con retraso mental
- Pacientes con Paraplejia

Eliminación

- Pacientes que no respondan la totalidad de preguntas del índice internacional de la función eréctil

VARIABLES

- 1. Disfunción eréctil**
- 2. Edad**
- 3. Diabetes mellitas**
- 4. Hipertensión arterial sistémica**
- 5. Dislipidemia**

Disfunción eréctil

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.- El fracaso recurrente y persistente al tratar de obtener o mantener una erección lo suficientemente rígida y duradera como para lograr una actividad sexual satisfactoria

DEFINICIÓN OPERACIONAL. Fracaso recurrente y persistente para obtener o mantener una erección peneana lo suficientemente rígida y duradera como para lograr una actividad sexual satisfactoria. Medida a través del Índice Internacional de Función Eréctil.

Puntaje	Grado de DE
16-20	Leve
10-15	Moderada
<de 10	Severa

TIPO DE VARIABLE.- Cualitativa ordinal

ESCALA DE MEDICIÓN.- Cualitativa ordinal

UNIDAD DE MEDICION.- Leve, Moderada, Severa

Edad

DEFINICIÓN CONCEPTUAL.- Tiempo desde que nace hasta que muere

DEFINICIÓN OPERACIONAL.- Tener de 20 a 60 años cumplidos al momento del estudio.

TIPO DE VARIABLE.- Cuantitativa discreta

ESCALA DE MEDICIÓN.- Cuantitativa de razón

UNIDAD DE MEDICIÓN.- Años al momento del estudio

Diabetes Mellitus

DEFINICION CONCEPTUAL.- Es una enfermedad caracterizada por alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, junto con una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina, o con grados variables de resistencia a esta.

DEFINICION OPERACIONAL.- Diagnostico consignado en el expediente clínico de los pacientes o determinado por interrogatorio directo. Elevación de la glucosa plasmática en ayunas mayor de 126 mg/dl de acuerdo a los nuevos criterios de diagnostico y clasificación de la diabetes mellitus.

ESCALA DE MEDICIÓN.- Cualitativa nominal

UNIDAD DE MEDICION.- Dicotómica, presente o ausente

Hipertensión arterial sistémica

DEFINICION CONCEPTUAL.- Elevación de la tensión en las arterias de la circulación mayor.

DEFINICION OPERACIONAL.- Diagnostico consignado en el expediente clínico de los pacientes o determinado por interrogatorio directo. Elevación de la tensión arterial igual o mayor de 130/90

ESCALA DE MEDICION.- Cualitativa nominal

UNIDAD DE MEDICION.- Dicotómica, presente o ausente

Dislipidemia

DEFINICION CONCEPTUAL.- Modificación de la tasa de los lípidos sanguíneos totales.

DEFINICION OPERACIONAL.- Diagnostico consignado en el expediente clínico de los pacientes, o determinado por interrogatorio directo, cuando los valores séricos de colesterol y triglicéridos sean mayor de 200 mg/dl.

ESCALA DE MEDICION.- Cualitativa nominal

UNIDAD DE MEDICION.- Dicotómica, presente o ausente

PROCEDIMIENTO

Previo conocimiento y autorización del director de la unidad de medicina familiar No 10 y la aceptación del protocolo, por el comité local de investigación del IMSS, se acudió a la consulta externa de medicina familiar con el fin de identificar y seleccionar, a los sujetos de estudio.

A los pacientes seleccionados se les invito en forma directa a participar en el estudio, con el fin de informarles y explicarles en que consiste la investigación, al mismo tiempo se le solicito su consentimiento. Los sujetos que aceptaron participar firmaron carta de consentimiento informado (anexo 2), asegurando la confidencialidad de los datos.

Posteriormente se efectuó la selección de los sujetos de acuerdo a los criterios de inclusión, de manera que la muestra quedo conformada de la forma siguiente:

- Edad de 20 a 29 años: 40 sujetos
- Edad de 30 a 39 años: 40 sujetos
- Edad de 40 a 49 años: 40 sujetos
- Edad de 50 a 60 años: 40 sujetos

Total de la muestra 160 sujetos

A continuación se aplicó en forma individual y auto administrada el Índice internacional de Función Eréctil (IIFE-5) (anexo 1), bajo la supervisión del investigador para aclarar dudas. Este índice consta de 5 preguntas que explora confianza en lograr erección peniana, firmeza para penetrar, mantener la

erección después de penetrar, mantener la erección hasta terminar, y la satisfacción, y da un puntaje de:

- 16-20 puntos: Leve
- 10-15 puntos: Moderada
- <10 puntos: Severa

Con la información obtenida de los expedientes y o del interrogatorio directo, así como del IIFE-5, se creó una base de datos en DBASE III y el análisis estadístico será con el paquete SPSS v 8.0

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se efectuó estadística descriptiva en base a media y desviación estándar, para la variable cuantitativa edad. Las variables cualitativas nominales se resumieron a través de la determinación de frecuencias relativas y absolutas; para la variable de interés disfunción eréctil, se utilizaron también frecuencias relativas y absolutas para los diferentes grados de disfunción eréctil, así como medianas para los puntajes obtenidos.

El análisis estadístico de las variables se realizaron con el paquete estadístico SPSS v 8.0

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente trabajo corresponde a una investigación de riesgo mínimo de acuerdo a la Ley general de salud en materia de investigación para la salud, en el capítulo 11, artículo 17 categoría II.

Sin embargo, se requiere de consentimiento informado asegurándose la confidencialidad de los datos y el anonimato de los sujetos del estudio.

Resultados

Se entrevistó a la población masculina de 20 a 60 años de edad que acudió a la Consulta Externa de Medicina Familiar (independientemente de si consultaban o acompañaban algún familiar), de los cuales se estudiaron un total de 160 hombres. Una vez completado el tamaño de muestra, se conformaron cuatro grupos de la siguiente manera (tabla 1). El promedio de edad de los sujetos bajo estudio fue de 39.2 ± 11.5 .

Tabla 1

Distribución por grupos de edad de la población masculina de 20 a 60 años

Adscritas a la UMF 10

N = 160

	Edad	Total
Grupo 1	20 a 29	40
Grupo2	30 a 39	40
Grupo 3	40 a 49	40
Grupo 4	50 a 60	40
Total		160

Se encontró que la prevalencia de la disfunción eréctil en forma global es alta (71.3%) en nuestra población masculina como se observa en la gráfica 1, con una mediana del Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE-5) de 18 y una varianza de 29.1 (tabla 2).

Gráfica 1
Prevalencia de Disfunción Eréctil
en la Población Masculina de 20 a 60 años de edad
N = 160

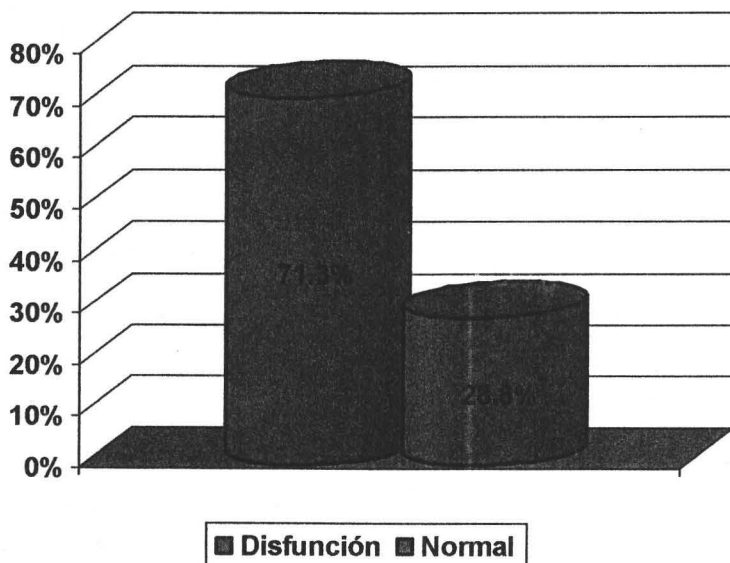


Tabla 2
Evaluación de la Disfunción Eréctil

N = 160

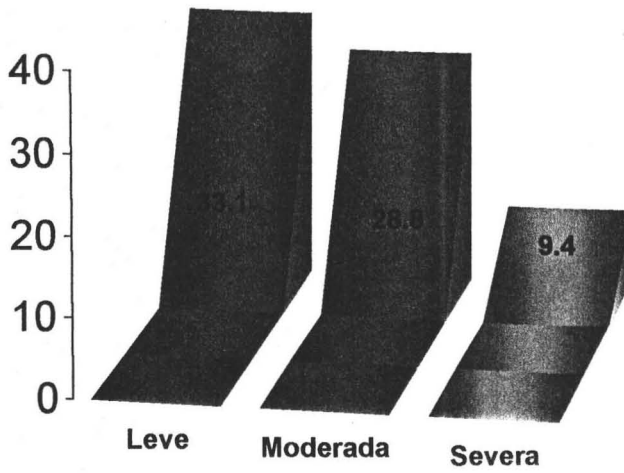
	Puntaje
Q 25	14
Md	18
Q 75	21

La tabla 2 muestra los puntajes obtenidos en el Índice Internacional de Función Eréctil, los puntajes más bajos indican mayor grado de disfunción eréctil.

Con respecto a los grados de disfunción se observa un ligero predominio de la disfunción leve (33.1%), y que la disfunción severa aunque es un porcentaje menor, ya es importante con 9.4 % (gráfica 2).

Es importante señalar que el 75% de los sujetos de estudio no presentan ninguna patología agregada; de esta la hipertensión arterial es la más frecuente, seguida de la diabetes mellitus tipo 2, y solo un paciente presenta diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia (tabla 3).

Gráfica 2
Grados de Disfunción Eréctil
N = 160



La gráfica 2 representa los porcentajes de los grados de disfunción eréctil de acuerdo al Índice Internacional de Función Eréctil.

Tabla 3**Frecuencia de Patologías presentes en la población de estudio****N = 160**

Patología	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Sin patología	120	75%
Diabetes Mellitus	10	6.3%
Hipertensión Arterial	13	8.1%
Dislipidemia	5	3.1%
Diabetes + Hipertensión	5	3.1%
Diabetes + Dislipidemia	1	0.6%
Hipertensión+dislipidemia	5	3.1%
*D + H + D	1	0.6%

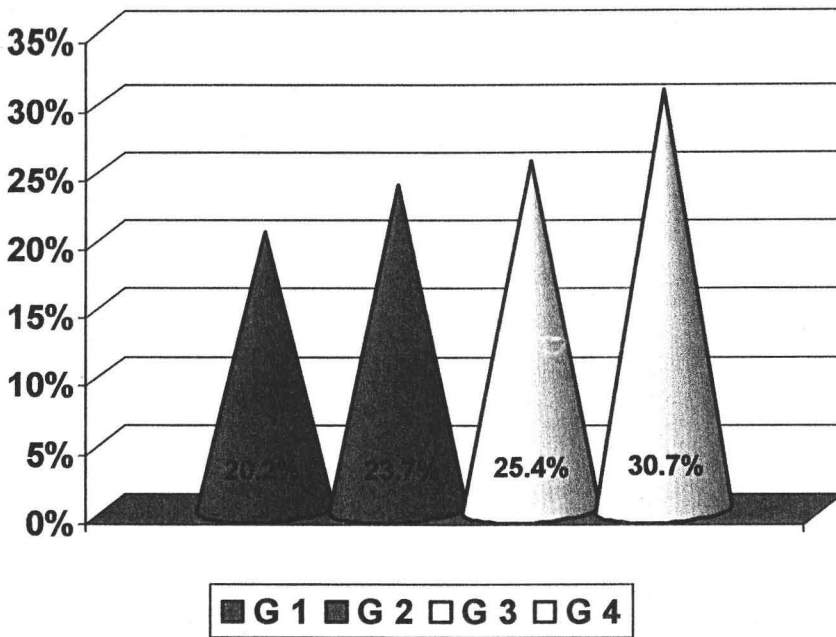
* Diabetes Mellitus + Hipertensión + Dislipidemia

La disfunción eréctil se estableció por grupos de edades, en donde el grupo de edad más afectado fue el de 50 a 60 años (30.7%), seguido del grupo de 40 a 49 años (gráfica 3); así mismo, se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad (P 0.21).

Gráfica 3

Frecuencia de Disfunción Eréctil por grupos de edad

n = 114



La gráfica 3 representa la frecuencia de disfunción eréctil obtenidos del IIFE-5. G 1= grupo de edad de 20 a 29, G 2 de 30 a 39, G 3 de 40 a 49, y G 4 de 50 a 60 años de edad respectivamente. Encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad $p= 0.02$, derivados de la prueba de χ^2 .

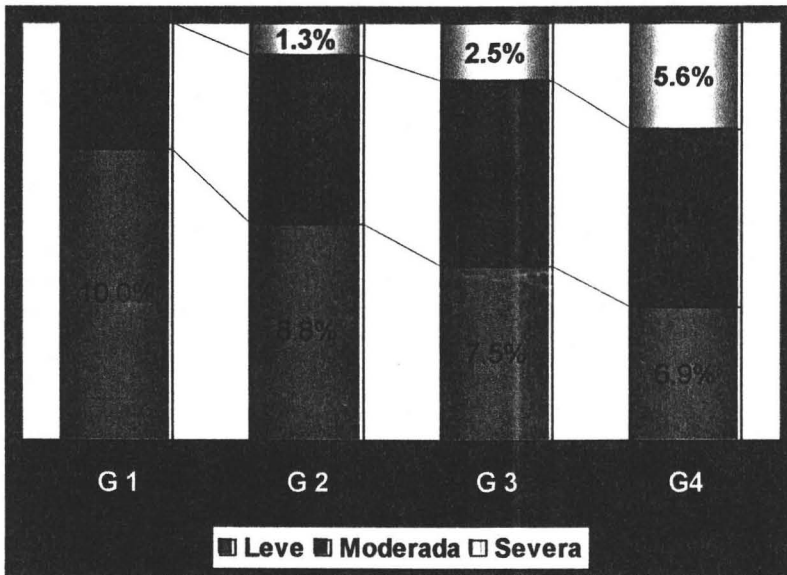
Al compararse los grados de disfunción eréctil por grupos de edad encontramos que la disfunción leve predomina en el grupo 1, con un decremento en su frecuencia en los grupos de mayor edad; por el contrario la disfunción moderada y severa se incrementa conforme aumenta la edad;

encontrándose diferencias significativas entre los grupos de edad y grados de disfunción eréctil (gráfica 4).

Gráfica 4

Comparación de grados de Disfunción Eréctil por grupos de edad

n = 114



La grafica 4 muestra la comparación de los porcentajes de grados de disfunción eréctil por grupos de edad, se encuentran diferencias estadísticas significativas obtenidas de la prueba de X^2 (Chi Cuadrada) $p = 0.007$.

DISCUSIÓN

En general, los resultados de nuestra investigación confirmaron lo que se encuentra en la literatura y en los estudios realizados por diferentes investigadores, se dice que la disfunción eréctil es una patología que afecta a millones de hombres en todo el mundo, hemos visto que la edad influye en forma importante.

En nuestro estudio encontramos que la prevalencia global fue de 71.3%, mayor a lo reportado en la literatura. Se encontró relación de la prevalencia con la edad, ya que de los 20 a los 29 años la prevalencia fue de 20.2%, mientras que de los 50 a los 60 años de edad la prevalencia se incremento a 30.7% a expensas de la DE moderada y severa. De las enfermedades asociadas, la hipertensión arterial es la más frecuente seguida de la diabetes mellitus tipo II, es de hacer notar que en nuestro estudio el 75% de los sujetos del estudio no presentan ninguna patología agregada.

CONCLUSIÓN:

La Disfunción Eréctil es una patología que afecta al 71.3% de la población encuestada. Siendo más frecuente en el grupo de edad de 50 a 59 años de edad y con alguna patología Crónico Degenerativa agregada, predominando el grado de Disfunción Eréctil Leve.

Creo que es importante evaluar los métodos de diagnósticos de este padecimiento, que si bien no es considerado grave por los médicos y pacientes, si puede afectar el bienestar psicológico y la calidad de vida del individuo y su pareja.

Es importante considerar que en la actualidad es mínima la consulta de este padecimiento en el primer nivel de atención a pesar de su alta prevalencia, por lo que se emiten la siguientes:

Recomendaciones:

- Realizar estudios más profundos en la población blanco.
- Búsqueda intencionada por el Médico Familiar en la población masculina en las edades de riesgo y en los pacientes portadores de alguna enfermedad Crónico Degenerativa, mediante la aplicación del Índice Internacional de la Función Eréctil (IIFE-5)
- Motivar a los pacientes ha hablar sobre sus problemas sexuales.
- Identificar y educar para la prevención y detección de la enfermedades que contribuyan a la Disfunción Eréctil.
- Incorporar la valoración de la función eréctil en los pacientes con alguna enfermedad crónico degenerativa, dentro de los programas de actividades preventivas y de promoción a la salud

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bancroft J. The biological basis of human sexuality. En: Human sexuality and its problems. Churchill Livingstone, 2nd. ed, 1998; 12-139.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision. DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, 4th. Ed, 2000; 353-66.
3. NHI Consensus Conference: Impotence: NIH Development Panel on Impotence. JAMA, 1993; 270: 83.
4. The process of Care Consensus Panel. The process care model for evaluation and treatment of erectile dysfunction. The process of Care Consensus Panel. Int J Impot Res 1999; 11: 59-70.
5. Aytac IA, Araujo AB, Johannes CB et al. Socioeconomic factors and incidence of erectile dysfunction: findings of the longitudinal Massachusetts Male Aging Study. Soc Sci Med 2000; 51: 771-8.
6. Martin-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada I et al. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: Results of the Epidemiologic Male Erectile Dysfunction Study. J Urol 2001; 166: 569-74
7. Lauman EOI, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999; 281: 537-44.
8. Green JS, Holden ST, Ingram P et al. An investigation of erectile dysfunction in Gwent, Wales. BJU Int 2001; 88: 551-3.
9. Mak R, De Backer G, Komitzer M, De Meyer JM. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in a population-based study in Belgium. Eur Urol 2002; 41: 132-18.

10. Ugarte y Romano F. Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados. *Revista Mexicana de Urología* 2001; 61 (2): 63-76.
11. Moreland RB, Hsieh G, Nekane M, Brioni JD. The biochemical and neurologic basis for the treatment of male erectile dysfunction. *J Pharmacol Exp Ther* 2001; 296: 225-34.
12. Cohan P, Koorenman SG. Erectile dysfunction. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86: 2391-4.
13. Morgentalis A. Male impotence. *Lancet* 1999; 354: 1713-18.
14. McVary JF, Carrier S, wessells H et al. Smoking and erectile dysfunction: evidence based analysis. *J Urol* 2001; 166: 1624-32.
15. Rosen RC, Riley A, Wagner G et al. The International Index of Erectile Dysfunction (IIEF): a multidimensional sacale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49: 822-30.
16. Aytac IA, McKinlay JB, Krane Rj. The lekely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *Br Urol* 1999; 84: 50-6.
17. Nehra A, Kulaksizoglu H. Global perspectives and controversies in the epedemiology of male erectile dysfunction. *Curr Opin Urol* 2002; 12: 493-6.

ANEXO (1)

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

No de código

Fecha _____

Edad _____ años _____

Diabetes si () no ()

Hipertensión arterial esencial si () no ()

Dislipidemia si () no ()

SALUD SEXUAL PARA HOMBRES SEGÚN EL ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNCIÓN ERÉCTIL (IIFE-5)

1. Como califica su **CONFIANZA** en lograr y mantener una erección?

1	2	3	4	5
muy baja	baja	moderada	alta	muy alta

2. Cuando tuvo erecciones con estímulo sexual, que tan **FRECUENTE** eran suficientemente **FIRMES PARA PENETRAR**

0	1	2	3	4	5
ninguna actividad sexual	casi nunca o nunca	pocas veces (menos de la mitad de las veces)	algunas veces (aprox. Mitad de las veces)	la mayoría de las veces (más de la mitad)	casi siempre o siempre

3. Durante la relación sexual, que tan frecuente tuvo capacidad para **MANTENER** su erección **DESPUES DE LA PENETRACIÓN?**

0	1	2	3	4	5
No intenté relación sexual	Casi nunca o nunca	Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)	Algunas veces (aprox. La mitad de las veces)	La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)	casi siempre o siempre

4. Durante la relación sexual, ¿que tan difícil fue **MANTENER SU ERECCIÓN HASTA TERMINARLA?**

0	1	2	3	4	5
No intente relación sexual	Extremadamente difícil	Muy difícil	Difícil	Ligeramente difícil	Sin dificultad

5. Cuando intentó tener relación sexual, ¿que tan frecuente **FUE SATISFACTORIA PARA USTED?**

0	1	2	3	4	5
No intente relación sexual	Casi nunca o nunca	Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)	Algunas veces (aprox. la mitad de las veces)	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)	Casi siempre o siempre

PUNTAJE: sumar los números de las respuestas seleccionadas. Si el valor es de 20 puntos o menor existen signos de **DISFUNCIÓN ERÉCTIL** (16-20 puntos DE leve), (10 a 15 puntos DE moderada), (menos de 10 puntos DE severa).

ANEXO (2)

Carta de consentimiento informado

FORMA PARA EL ADULTO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y fecha _____ 1

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación
titulado 2. **"Prevalencia de la disfunción eréctil en la población
masculina de 20 a 60 años de edad adscritos a la UMF No 10 Dr. Luis
González Francis"**

Registrado ante el comité local de investigación medico con el número **2004-
0401-007** 3. El objetivo del estudio es 4 .Conocer la prevalencia de disfunción
eréctil en la población masculina de 20 a 60 años de edad adscrita a la unidad
de medicina familiar No 10 Dr. Luis González Francis de Campeche.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos,
inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el
estudio son los siguientes 6 no existe la posibilidad de riesgo, salvo la derivada
de daño psicológico generado al ser clasificado con algún tipo de disfunción
eréctil, sin embargo es importante recalcar, que si no tienen factores de riesgo
cardiovascular y o ingesta de nitritos, son susceptibles de, previo un examen
médico completo recibir tratamiento integral en medicina familiar.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna
sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso
para mi tratamiento, así como a responder a cualquier pregunta y aclarar
cualquier duda que el plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a
cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la
investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier
momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención
medica que recibo del Instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara
en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los
datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que
se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de
parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre matricula y firma del
investigador principal

Testigo

Testigo