

DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN POBLACIÓN MASCULINA MAYOR DE 35 AÑOS EN LA CIUDAD DE SIGUATEPEQUE

Erectile dysfunction in men above 35 in Siguatepeque, Honduras

Germán Zavala*

Roxana C. Núñez, José E. Portillo, Glendy A. Reyes, Andrea A. Bourdeth, Sergio D. Orellana, David A. Montoya, Daniel O. Rivera, Víctor R. Donaire, José V. Díaz ”.

RESUMEN

Las funciones sexuales y eréctiles son importantes en la salud de los hombres y el bienestar de las parejas. La disfunción eréctil (DE) tiene una alta prevalencia fundamentalmente en las últimas décadas de la vida y se halla relacionada con múltiples factores de riesgo. **Objetivo:** establecer algunos factores de riesgo y enfermedades concomitantes así como la prevalencia de la disfunción eréctil en la población masculina mayor de 35 años de la ciudad de Siguatepeque, Honduras, agosto del 2009. **Metodología:** estudio descriptivo de corte transversal. La población fue de 5,200 hombres mayores de 35 años. La muestra de 371 hombres. El método de muestreo fue estratificado según barrios de la ciudad. La unidad de estudio fue seleccionada en forma aleatoria. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos, una encuesta con datos de carácter general; otro instrumento utilizado fue el Test de SHIM (Sexual Health Inventory for Men), cuestionario sobre salud sexual masculina, versión abreviada del IIEF (Índice Internacional de Función Eréctil) del que se seleccionaron 5 preguntas sobre sexualidad masculina en los últimos 6 meses, con el propósito de detectar DE en grupos de riesgo. Se considera DE cuando la puntuación es igual o inferior a 21. **Resultados;** La prevalencia de DE encontrada fue de 214(58%) del total de la muestra, los grados de disfunción fueron: Leve 114(53%), de Leve a Moderada 57(27%), Moderada 18(8%), y Grave 25(12%). La DE encontrada según rangos de edad fue para mayores de 60 años 94(44%), de

45 a 59 años 95(45%), de 35 a 44 años 25(11%). Los hábitos tóxicos: hombres que en el pasado ingirieron bebidas alcohólicas y al momento de la entrevista consumían y tenían DE 104(49%) y 50(23%) respectivamente. Tabaquismo como antecedente de consumo y al momento de la entrevista presentaban DE, 96(45%) y 55(26%) respectivamente. El consumo de otras drogas 3(1%). Las enfermedades concomitantes que se relacionan con DE fueron: problemas cardiovasculares con DE, 66(31%) sufrían de hipertensión arterial, los hipertensos que tomaban medicamentos 58(87%); la otra patología fue la diabetes mellitus, con 43(20%).

Conclusión: La DE es un problema que se presenta en hombres a partir de la cuarta década de la vida, relacionándose con el alcohol y tabaco, así como con enfermedades crónicas tipo diabetes e hipertensión, disminuyendo la calidad de vida de los mismos.

Palabras clave: Disfunción eréctil, prevalencia, Índice Internacional de Función Eréctil, hábitos tóxicos.

ABSTRACT

Sexual function, specially the erectile one is a sign of health in men and very important in the relation male-female. It is a very common finding in old age and it has many risk factors. **Objective:** To establish the risk factors and illnesses producing it and its incidence in the above 35 years of age male population in Siguatepeque, Honduras.

* Profesor del Departamento de Salud Pública, FCM-UNAH.

” Estudiantes de Internado Rotatorio de la Carrera de Medicina de la FCM-UNAH.

Method: A descriptive transversal study in a universe of 2.500 males above 35, with a sample of 371 men a stratified study unit was carried out in the different boroughs of the city. The unit of study was done in a haphazard way. Two instruments were used to collect the information: one was a general survey and the other was the Test of SHIM (Sexual Health Inventory for Men), abbreviated version of HEF (Indice Internacional de Disfunción Eréctil), from which 5 questions were used about male sexuality in the last 6 months, with the purpose to find Erectile Dysfunction in the risk group. It is accepted that Erectile Dysfunction (ED), prevails when the figures are equal or less than 21. **Results:** 214 men from the sample had ED (58 %), thus 53 % had minor ED; 27 % had moderate type and 12 % had severe type. In men above 60 it was 44 %. In the range of 45-59 year of age it was 45 % and only 11 % in men 35-44 years of age. Alcoholic intake and ED was present in 49% of men. Tobacco smoking and ED was present in 45 % of men. Cardiovascular and ED was present in 31 % of men. Hypertension plus medication showed a 87 % incidence. Diabetes + ED was present in 28 % of men.

Conclusions: ED is present in men after the fourth decade in life. Chronic illnesses, tobacco and alcohol worsen the situation thus diabetes and hypertension.

Key Words: Erectile Dysfunction, prevalence, International Index of Erectile Dysfunction, toxic habits.

INTRODUCCIÓN

La primera descripción de la disfunción eréctil se encontró en un papiro egipcio de aproximadamente 2,000 años antes de Cristo en el cual se describieron dos tipos de disfunción: impotencia natural, el hombre era incapaz de culminar el acto sexual, y la impotencia sobrenatural, como resultado de acción del demonio y brujería (1). Posteriormente, Hipócrates describió la impotencia masculina

en pacientes ricos de la ciudad y concluyó que la causa era el exceso de montar a caballo. A los pobres no les afectaba, pues ellos viajaban a pie.

Aristóteles dijo que los nervios del pene llevaban espíritu y energía para la erección, y que ésta era debida a insuflación de aire. Su teoría fue bien aceptada hasta que en el año 1505, durante el Renacimiento, apareció el “efecto da Vinci” en las teorías del sistema de la erección, cuando luego de experimentos en cadáveres de recién ejecutados, postuló que la erección era producida por sangre y no por aire como era el concepto hipocrático imperante hasta ese momento, inspirado previamente en las ideas de Aristóteles (2), sin embargo, sus escritos fueron mantenidos en secreto hasta el inicio del siglo XX.

En la Edad Media la DE era considerada de origen demoníaco y sometida a exorcismo para su tratamiento. A finales del siglo XV aparecen en Europa los primeros indicios de enfermedades de transmisión sexual y fueron consideradas un castigo celestial por los excesos sexuales. En el siglo XIX se le atribuyó a exceso de masturbación y de actividad sexual (3).

La primera explicación que se planteó sobre el proceso vascular de la erección se remonta al año 1573, cuando Varolius trató de explicar la erección como un producto de un mecanismo de restricción venosa. A partir de los conceptos de Freud, se le consideró de origen psicológico (4). Fue hasta 1952, año en que Conti afirmó que se trataba de un mecanismo simultáneo de aumento en el flujo arterial y restricción en el drenaje de sangre venosa a nivel del pene y aseveraron que en la erección, efectivamente, existen mecanismos arteriales y venosos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la salud sexual es parte de la salud mental, y su estudio es un requisito indispensable para el desarrollo de la salud mental del individuo.

Los estudios en el terreno de la sexualidad enfrenta diversos obstáculos siendo una respuesta humana dificulta la delimitación y clasificación de las disfunciones sexuales.

DE es en definitiva un problema de salud. A diferencia del concepto tradicional casi teleológico o causa final, que hacía de esta circunstancia una mera “consecuencia de la edad”, hoy es considerada como una patología. Se trata además de una enfermedad altamente prevalente, tras haberse superado el sesgo que hacía que los individuos consultados habitualmente no fueran sinceros.

La Asociación Americana de Psiquiatría, en la versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), define que las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales.

La presencia de disfunciones sexuales conlleva a cuestionar las causas que la provocan, cuando la función sexual es verdaderamente normal (a veces la disfunción se confunde con normalidad) no causa preocupación alguna pues el individuo ni siquiera piensa en ello, pero cuando la función sexual se convierte en un problema de cualquier tipo, es fuente de angustia y frustración que genera una sensación de malestar e insatisfacción en las relaciones interpersonales (5).

La OMS definió la Disfunción Eréctil como la incapacidad persistente o repetida para alcanzar y mantener una erección con suficiente rigidez que permita una relación sexual satisfactoria. Esta puede ser una incapacidad total para lograr una erección, una capacidad inconsistente para hacerlo, o una tendencia a tener solamente erecciones breves.

Anteriormente se utilizaba el término *impotencia*; no obstante, su uso llevaba a confusiones, además de ser peyorativo, por lo cual en la actualidad se acepta como término más preciso disfunción eréctil y se ha recomendado el uso del término en lugar de “impotencia” porque define el problema con más precisión y tiene menos connotaciones sociales (6).

La DE fue definida en 1992 por el panel de consenso de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos como la incapacidad persistente de lograr o mantener una erección suficiente para la función sexual considerada normal. Las dos definiciones planteadas sobre DE tanto la de la OMS como la del panel de los Institutos Nacionales de Salud coinciden en sus supuestos básicos.

La epidemiología de la DE a través de diferentes estudios realizados muestran que es un trastorno progresivo de alta prevalencia (7), puede originarse a partir de causas únicas y definidas o de una combinación de varias de ellas en diversas proporciones; en estos últimos casos, se debe tener en cuenta que así como la erección es el resultado de un proceso multifactorial, también pueden existir varios factores que se combinen, influyendo unos más que otros. La DE es el resultado de la alteración de los mecanismos del proceso de la erección (8,9).

Existe una gran cantidad de publicaciones que aportan datos sobre la DE, pero diferencias entre la metodología aplicada, la estratificación según edad y la definición dada a la DE, hacen difícil la comparación entre dichos estudios para lograr un estimado general (10).

La DE de acuerdo a diferentes criterios de valoración y los diferentes estudios realizados en varios países; la edad se ha venido considerando en los últimos estudios epidemiológicos como un factor de riesgo específico, se puede decir que la declinación de la función eréctil en el anciano

es más atribuible al propio envejecimiento que a cualquier otro factor. La DE relacionada a la edad, se ha asociado al aumento del período latente entre el estímulo sexual y la erección, erecciones menos rígidas, eyaculaciones más débiles, disminución del volumen de eyaculado y aumento del período refractario entre las erecciones (11).

La erección es un fenómeno psico-neurovascular con mediación hormonal, de una altísima complejidad al depender de una gran cantidad de factores tanto a nivel peneano (vasculares, neurológicos, morfológicos), como testicular (hormonales), medular (neurológicos) y cerebral (psíquicos), así como otros que todavía no son bien conocidos en la actualidad. Estas características condicionan que la función eréctil puede verse fácilmente alterada por una gran cantidad de condiciones actuando a uno o más niveles. Desde hace tiempo es conocido que la disfunción eréctil provoca alteraciones psicológicas, principalmente ansiedad y pérdida de la autoestima. Además suele estar precedida de una serie de patologías como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades neurológicas, tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, que merman la calidad de vida del sujeto (12).

La erección se produce normalmente de manera involuntaria durante el sueño en dos a cinco episodios de duración de 20 a 40 minutos. En la relación sexual o masturbación, la erección es también involuntaria y es el resultado del proceso de excitación sexual; cuando esta se hace por vía sensorial, sin estímulos locales directos, la erección es central y cuando es resultado de estímulos táctiles directos, se denomina refleja. Curiosamente, la erección, paradigma de la virilidad es, en esencia, un fenómeno pasivo, consecuencia de la relajación de un músculo liso, y la energía que requiere no depende del miembro viril, sino del corazón.

La DE es el resultado de la alteración de los

mecanismos del proceso de erección, durante el sueño es un proceso neuroendocrino-vascular y peneano; durante la vigilia incluye, además el factor emocional.

La DE puede ser el resultado de causas orgánicas, situacionales (mal denominadas psicológicas) o de la combinación de ellas; de allí que se clasifiquen en psicógenas, organogénicas y mixtas. En las primeras debe hacerse claridad y desglosarse en cada caso los aspectos emocionales y situacionales que pueden causar o coadyuvar en la disfunción, pues al decir “psicológicas” no se hace referencia a nada en concreto. Por ello actualmente se prefiere hablar de causas situacionales.

De acuerdo a las clasificaciones existentes se relacionan con la etiología de este problema, y cualquier fase del proceso erectivo se puede trastornar debido a una afección física. La disfunción organogénica es aquella debida a una enfermedad neurológica, vascular, peneana, endocrina o de otro orden que interfiera en uno o varios de estos sistemas y estructuras.

De acuerdo a datos epidemiológicos la DE tiene una alta prevalencia, estimándose que afecta a unos 100 millones de hombres adultos en el mundo y que afectará a 322 millones en el año 2025, con un crecimiento más acentuado en África, Asia y Sudamérica (3).

Un estudio realizado por la Universidad de Boston, conocido como MMAS (del inglés, Massachusetts Male Aging Study), realizado en 1994 en el estado de Massachusetts, indicó que el 52% de los hombres estadounidenses mayores de 40 años eran afectados por DE; es decir, unos 30 millones de hombres, porcentaje similar a lo encontrado en otros países como Inglaterra y Francia y en el estudio Disfunción Eréctil en el Norte de Suramérica (DENSA) para Colombia, Venezuela y Ecuador, dichos estudios no señalan con precisión las frecuencias de las etiologías psicógenas y

orgánicas, pues en el MMAS, DENSA y demás estudios epidemiológicos no establecen el origen etiológico (4,8).

En la mayoría de las publicaciones la enfermedad vascular y la diabetes mellitus aparecen como causas etiológicas más frecuentes de la DE, especialmente en los grupos etarios a partir de los 40 años ⁽³⁾. En las enfermedades de etiología vascular se incluyen arteriosclerosis, hipertensión arterial, antecedentes de enfermedad y cirugía cardiovascular, oclusión aortoiliaca. La hipercolesterolemia causa DE por una disfunción endotelial. La diabetes suele considerarse como una entidad aparte de las etiologías endocrinas, vasculares y neurológicas en virtud de sus especiales características. Así la diabetes es por sí misma una endocrinopatía que a su vez causa vasculopatía y neuropatía causante de la DE.

La hipertensión arterial es causa frecuente de DE; el mecanismo principal por el cual se origina en el 89% de los casos es por una vasculopatía arterial del tipo de la arteriosclerosis de los vasos cavernosos, el tratamiento antihipertensivo, según el medicamento y la dosis, causa interferencias químicas (en especial los beta bloqueadores) o hemodinámicas (en especial los diuréticos tipo tiazida y espironolactona), además del efecto sumatorio de la disminución de la presión arterial intrapeneana (8).

La enfermedad cardiovascular (ECV) exhibe un claro aumento de su prevalencia con la edad. La DE y las ECV pueden aparecer asociadas. Esta asociación se debe a que ambas comparten factores de riesgo y mecanismos de producción. Cada vez es más aceptado que la DE tiene como causa en la mayor parte de los casos de disfunción endotelial, y es conocido que ésta es una alteración precoz en la enfermedad aterosclerótica.

La DE suele preceder en su presentación a la ECV clásica, por lo tanto la DE pasaría entonces

de ser considerada un tema que simplemente afecta la calidad de vida a un centinela que alerta la posibilidad del desarrollo de manifestaciones clínicas de ECV (4).

La etiología neurológica ocupa un lugar importante, se pueden dividir en primarias y secundarias. La neurológica primaria: trauma periférico (que incluye el ciclismo competitivo), medular (paraplejía, cuadriplejía postraumática), esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, neuropatía periféricas, afecciones medulares (inflamatorias, neoplásicas, degenerativas o congénitas como la siringomielia). Las neurológicas secundarias: neuropatías tóxicas, en especial alcohólicas, diabéticas, traumáticas y postquirúrgicas.

Lo expuesto se relaciona con las enfermedades que tienen sustrato orgánico, sin embargo en ausencia de etiología orgánica demostrable aparecen las causas situacionales, que se refieren a la relación de pareja, el temor al embarazo o enfermedades de transmisión sexual, factores educativos y de aprendizaje, en estos se puede citar mensajes educativos negativos de orden religioso o tradicionalista de orden restrictivo en el primero y en el segundo los temores y experiencias infantiles negativas traumáticas, fobias. Están también las causas emocionales como la ansiedad, sentimiento de culpa, trastornos afectivos, baja autoestima general y sexual, depresión, conflictos de identidad, homosexualidad egodistónica y circunstanciales.

Además de las enfermedades mencionadas anteriormente existen aquellas propias del pene que provocan DE, entre ellas se encuentran: la enfermedad de Peyronie o fibrosis nodular del pene cuya etiología exacta no se conoce, las incurvaciones congénitas del pene del tipo ventral, la miopatía ultra estructural de los cuerpos cavernosos que cobra cada vez más interés, la insuficiencia renal crónica (8). Otras enfermedades como la depresión, el estrés y la ansiedad pueden causar disfunción eréctil. Es bien conocido que

muchos medicamentos para tratar la depresión pueden causar otras disfunciones sexuales (13).

El tabaco y el alcohol, drogas socialmente aceptadas, forman parte del estilo de vida, ambas se relacionan con la DE; desde una perspectiva clínica, las disfunciones sexuales en población que ingiere bebidas alcohólicas, se consideran más frecuentes que en la población general. En la vertiente epidemiológica, se desconoce con exactitud su incidencia y prevalencia. Tienen efectos depresores y de relajación física y mental, así como sentimiento de bienestar por la desinhibición que produce. De ahí que algunas personas lo relacionen con lo útil para enfrentar la ansiedad asociada a situaciones relacionadas con la conducta sexual, pues la desinhibición les permite obviar los prejuicios sociales y los tabúes personales. El consumo alto de alcohol retarda el proceso de excitación, ocasiona pérdida de coordinación, y el consumo frecuente bloquea la respuesta sexual y provoca impotencia (14).

El uso de otras drogas también provocan DE y estas pueden influir de tres maneras sobre la actividad sexual: pueden afectar el deseo, la excitación y el orgasmo.

Los efectos de los opiáceos en el hombre causan alteraciones del interés sexual, retraso en la eyaculación y el fracaso en la erección. Tanto la heroína como la morfina parecen generar múltiples trastornos sexuales. Aunque el uso de la heroína y derivados del opio puede ocasionar fantasías sexuales, el grado de excitación y la frecuencia del orgasmo disminuyen debido a los efectos depresores que estas drogas tienen sobre el sistema nervioso central. La marihuana, al igual que el alcohol, tiene efectos depresores y como efectos inmediatos ayuda a la desinhibición, relaja y produce sensación de bienestar, aumenta la sensibilidad táctil y distorsiona la realidad impidiendo actividades de concentración y coordinación motora. Su consumo frecuente,

reduce los niveles de testosterona y puede causar disminución en la producción de testosterona así mismo disminuye el deseo sexual y provoca disfunción eréctil (14).

El cigarrillo es factor de riesgo indirecto a largo plazo, el tabaquismo es la primera causa de muerte prematura evitable en el mundo, estudios clínicos y en animales apoyan el concepto que el tabaquismo causa enfermedad vascular, afecta en forma adversa la erección por el daño al endotelio alterando la relajación del músculo liso peneano. El tabaquismo ha sido asociado con daño ultra estructural al cuerpo cavernoso y a los niveles de óxido nítrico causando daño a la relajación de las arterias dependientes del endotelio vascular. Los extractos del humo del tabaco pueden causar contracción del músculo liso por la degradación del óxido nítrico mediado por el anión superóxido, el engrosamiento de la íntima media de la vasculatura arterial y se ha visto un efecto tóxico directo de la nicotina en el endotelio vascular. El consumo de cannabinoides de larga data, su uso frecuente, disminuye el deseo sexual y provoca disfunción eréctil(10). La cocaína es quizá una sustancia que tiene más fama de ser capaz de aumentar la excitación y la respuesta sexual; si bien es cierto que se cita con frecuencia a la cocaína como un fuerte estimulante sexual, se sabe que provoca disfunciones sexuales. El opio, la heroína y opiáceos en el hombre provocan alteraciones del interés sexual y fracaso en la erección. Las anfetaminas, la conocida como speed, al consumirla ocasiona disminución del deseo sexual. El éxtasis, por su parte, ocasiona disminución de la libido y de la respuesta sexual(15).

Actividades deportivas como el ciclismo, la gimnasia olímpica se relacionan a la DE debido a la posibilidad de trauma perineal al igual con el jet sky y el football. En un estudio se concluyó que el ciclismo produce disminución de la presión parcial de oxígeno (pO_2) en las arterias peneana mientras se está sentado por tiempo prolongado ⁽¹⁰⁾.

La DE es un problema multicausal que se presenta en población masculina y que al aumentar la edad aumenta su aparición por lo que se planteó el objetivo: establecer algunos factores de riesgo y enfermedades concomitantes así como la prevalencia de la disfunción eréctil en la población masculina mayor de 35 años de la ciudad de Siguatepeque, Honduras, agosto del 2009.

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio; descriptivo de corte transversal. La población de estudio fue de 5,200 hombres mayores de 35 años de la ciudad de Siguatepeque. La muestra fue de 371 hombres, el método de muestreo fue estratificado; con el croquis de la ciudad se identificaron los barrios de la misma y cada barrio era un estrato, previamente se numeraron las casas y se seleccionaron con el uso de tablas de números aleatorios. El grupo de investigadores se capacitó en la aplicación de los instrumentos para el levantamiento de los datos. Los encuestadores se ubicaron en los barrios e identificaron las casas previamente seleccionadas, en caso de existir más de un hombre, al azar se seleccionaba el entrevistado que cumpliera con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión; hombres que estuvieran en sus casas al momento del levantamiento de datos, mayores de 35 años, residentes de la comunidad por un período de 6 meses. Para efectos de la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos, un cuestionario que recogía datos de carácter general y el test de SHIM (Sexual Health Inventory for Men) Salud Sexual Masculina, versión abreviada del IIEF (Índice Internacional de Función Eréctil), del que se seleccionaron 5 preguntas relacionadas con la sexualidad masculina en los últimos 6 meses. El test de SHIM es útil como herramienta de tamizaje para detectar DE en grupos de riesgo cuya sensibilidad es de 98% y especificidad de 88%. Este test considera DE cuando la puntuación es igual o inferior a 21.

El análisis de datos se realizó en los programas de EPI-INFO 2003 versión 3.3.2 y Microsoft Office Excel 2007. El análisis estadístico utilizado fue el test de X^2 para $P < 0.05$, OR, Ra.

RESULTADOS

La frecuencia de DE en la población masculina estudiada fue de 214 (58%), el grado de disfunción encontrado fue: Leve 114 (53%), de Leve a Moderada 57 (27%), Moderada 18 (8%), y Grave 25 (12%).

La distribución por grupo de edad de la población masculina que sufre de DE fue en mayores de 60 años 94 (44%), entre 45 a 59 años 95 (45%) y en el grupo de 35 a 44 años 25 (11%).

De acuerdo al estado civil de la población estudiada que sufría de DE, se encontró que 116 (54%) son casados, unión libre 33 (15%) y soltero 25 (12%).

Sobre los hábitos tóxicos al momento de la investigación o el antecedente de los mismos practicados por la población, se encontró que los que sufrían DE tenían antecedentes positivos de ingestión de bebidas alcohólicas 104 (49%) y 110 (51%) no lo tenían; a su vez se indagó sobre el consumo actual o sea al momento de la investigación, 50 (23%) ingerían bebidas alcohólicas y 164 (77%) no ingerían. Otro de los hábitos tóxicos indagados fue el tabaquismo, tanto como antecedente como el consumo al momento del levantamiento de datos, antecedente positivo y negativo de tabaquismo fue 96 (45%) y 118 (55%) respectivamente; el tabaquismo positivo y negativo al momento de la investigación el hallazgo fue que 55 (26%) fumaban y 159 (74%) no lo hacían. Se preguntó sobre el consumo de otras drogas 3 (1%) las consumían y 211 (99%) no lo hacían.

Con respecto a la patología vascular se indagó sobre enfermedad cardiovascular en la población que sufría de DE, 66(31%) sufrían de hipertensión

arterial y 148(69%) no la padecían, de los hombres que mencionaron ser hipertensos se preguntó si estaban en tratamiento y tomaban medicamentos, el 58(87%) tomaban el medicamento y 8(13%) no lo hacían; la otra patología investigada fue la Diabetes Mellitus, 43(20%) tenían la enfermedad y 171(80%) no la tenían.

La población que sufre disfunción eréctil 160(75%) tenían vida sexual activa y 54(25%) no la tenían, en relación a los conflictos de pareja 36(20%) afirmaron tenerlo y 149(80%) lo negaron; se indagó por la utilización de productos para lograr la erección respondieron en forma afirmativa 48(22%) y 166(78%) negaron tomar algún producto. El resumen de estos datos se presenta en la siguiente Tabla.

Disfunción eréctil en población masculina mayor de 35 años de la ciudad de Siguatepeque, Honduras C.A. agosto 2009.

Variable	Indicador	Frecuencia	Porcentaje	Estadístico
Disfunción Eréctil	Si	214	58	
	No	157	42	
	Leve	114	53	
	Leve moderado	57	27	
	Moderado	18	8	
	Grave	25	12	
Edad	35-44	25	11	OR 9.6
	45-59	95	45	X ² 53,0 ** p<0.01
	≥ 60	94	44	Ra 82%
Estado Civil	Casado	116	54	
	Unión libre	33	15	
	Soltero	25	12	
	Otros	40	19	
Antecedentes ingestión bebidas alcohólicas	Si	104	49	O.R. 2.5
	No	110	51	X ² 17.02 ** p<0.01Ra 4%
Ingestión de bebidas alcohólicas actual	Si	50	23	O.R. 0.581
	No	164	77	X ² 5.461 * p<0.05Ra 11%
Antecedentes de Tabaquismo	Si	96	45	O.R. 0.698
	no	118	55	X ² 2.429 N.S.Ra -9%
Tabaquismo(actual)	Si	55	26	O.R. 2.84
	No	159	74	X ² 20.19 ** p<0.001 Ra52%
Uso de otras drogas	Si	3	1	O.R. 0.54
	No	211	99	X ² 0.6302 N.S. Ra 65%
Hipertensión arterial	Si	66	31	O.R. 2.6
	No	148	69	X ² 1.30 N.S.Ra 2%
Tratamiento (Ht)	Si	58	87	O.R 0.87
	No	8	13	X ² 0.03Ra 12%
Diabetes Mellitus	Si	43	20	O.R 2.8
	No	171	80	X ² 9.86 **p<0.01Ra 21%
Actividad sexual	Si	160	75	O.R. 0.11
	No	54	25	X 30.62 ** p<0.01Ra 42%
Conflicto de pareja	Si	36	20	O.R. 6.19
	No	149	80	X ² 23.16 ** p<0.01Ra 42%
Uso de drogas para erección	Si	48	22	
	No	166	78	
Eyaculación precoz	Si	66	31	O.R. 3.93
	No	48	69	X ² 22.42 ** p<0.01Ra 39%

DISCUSIÓN

La OMS reporta una prevalencia de disfunción eréctil de 189, 193 y 198 millones de varones afectados en los años 2004, 2005 y 2006, respectivamente (2).

En USA, en el Massachusetts Male Aging Study (MMAS), estudio epidemiológico en 1,290 varones de entre 40-70 años, la prevalencia de disfunción eréctil de cualquier grado era del 52%, en España un estudio llamado EDEM (Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina) en una muestra de 2,480 varones, se encontró que el 19% presentaron algún grado de disfunción eréctil (11). Un estudio en Brasil, la prevalencia de la DE fue de 45.9% en hombres entre 40-70 años, un estudio multinacional de Pfizer sobre prevalencia y correlación de la disfunción eréctil, la prevalencia ajustada a la edad fue de 81% en Japón, 69.8% en Italia, 62.1 en Malasia y 39.9% en Brasil. En Viena, Austria en una población general entre 20 y 80 años de edad, la prevalencia general fue de 32.2%. El estudio DENSA sobre prevalencia y factores de riesgo asociados a la DE en Colombia, Ecuador y Venezuela en 1998, entrevistando a 1,946 hombres de los tres países se obtuvo una prevalencia total de 54% (10,16); otro estudio en hombres mayores de 50 años en Colombia (Sucre) demostró que el 51,04% presentaron algún grado de DE (17), otro estudio en Valencia, España, la prevalencia fue de 33,3% (18), en Chile un estudio presentó una frecuencia de 52% (19); los hallazgos de DE en este estudio fue de 58% coincidiendo con los hallazgos de otras investigaciones.

En este estudio realizado en la ciudad de Siguatepeque en hombres mayores de 35 años según los datos encontrados, éstos coinciden con las investigaciones de otros autores, siendo altamente significativa la relación para X^2 $p < 0.01$, y la posibilidad es de nueve veces más de tener disfunción por la edad.

En el estudio Kinsey la DE se incrementa conforme

la edad. Así, al pasar de 40 a 70 años, la probabilidad de padecer impotencia completa se triplica desde el 5% al 15%, mientras que la probabilidad de sufrir impotencia moderada se duplica del 17% al 34%. En el estudio EDEM (Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina), la prevalencia de esta disfunción aumenta con la edad, 8.6% en varones de 25 a 39 años, 13.7% de 40-49 años, 24.5% entre 50-59 años y 49% en sujetos de 60-70 años. Además, la severidad de la DE también estaba directamente relacionada con la edad. Este descenso de la capacidad eréctil conforme aumenta la edad está, probablemente, influenciada por múltiples procesos edad-dependiente (11).

Estudios realizados con el objetivo de determinar la prevalencia de las disfunciones sexuales relacionados con el alcoholismo presentaron resultados muy dispares. Mandell y Miller (1983) encontraron una prevalencia de disfunciones sexuales que oscilaba entre 3.2% y 64.4%, el período de consumo de alcohol la DE fue de 86% que se reducía a la mitad en la abstinencia y que su prevalencia estaba en relación directa con la edad y con la cantidad de alcohol consumido. Fahner (1987), señaló que el 75% de su muestra presentó alguna disfunción sexual; el 45% de los casos estaba en relación directa con la cantidad de alcohol consumido y no experimentaron mejoría después de 9 meses de abstinencia. En este estudio de Siguatepeque se encontraron datos en el cual coincide con los rangos de la literatura, con asociación estadística para $p < 0.05$ para ingestión de bebidas alcohólicas actual, sin embargo el O.R fue menor que uno, el dato que fue altamente significativo ($p < 0.01$) fue el antecedente de ingestión de bebidas alcohólicas y el O.R. de 2,5 y el Ra fue 4 veces mayor que la ingestión actual (20).

De igual manera en los hábitos tóxicos el fumar se contempla como tal y en la presente investigación se preguntó sobre el antecedente de fumar o el fumar actual, la prueba estadística fue altamente

significativa para X^2 ($p < 0.01$) y la posibilidad de sufrir DE es 2.8 veces mayor que los que no tienen antecedentes; sin embargo para el fumador actual la asociación fue no significativa y el riesgo menor de uno, llama la atención esta relación en la cual el antecedente tiene mayor peso. Un estudio reciente indica que el 22.7% de DE entre hombres de raza china es atribuible al tabaquismo; en el estudio realizado en este país se duplica este dato.

Austoni y col hallaron que en Italia tanto los fumadores corrientes como los ex fumadores tenían mayor probabilidad de sufrir DE que los no fumadores, datos similares se registraron en Siguatepeque. Estudios que evalúan la acumulación de paquetes años fumados, evidencian un patrón de respuesta para riesgo de DE, se vio que el 50% de los hombres de mediana edad que dejaron de fumar no revirtió la DE (20,21).

Varios autores confirman la aparición de disfunciones eréctiles en el hombre, así como menoscabo en el interés sexual e impotencia situacional a causa de las drogas. La cocaína, que estimula el sistema nervioso central (SNC), puede facilitar una transmisión más eficiente de los mensajes nerviosos. El uso prolongado de la cocaína puede producir un deterioro a nivel del SNC que basta para disminuir el funcionamiento sexual. En este estudio se encontró personas que consumían otras drogas, su frecuencia fue de 1% que no permite establecer conjeturas claras.

Sobre la hipertensión arterial, los estudios EDEM señalan una alta correlación entre hipertensión ($OR = 1,7$) y DE, en el presente estudio no se encontró asociación estadística para la población hipertensa pero sí el $OR = 2,6$. Los estudios en la población central en Siguatepeque el riesgo relativo supera al estudio EDEM; la ingestión de medicamentos para el tratamiento de la hipertensión no se encontró asociación estadística (11).

El otro factor de riesgo para padecer de DE es la

Diabetes Mellitus (DM) la cual puede representar hasta un 20% de las causas de disfunción sexual. Se ha discutido sí el factor vascular o la neuropatía (resultante de esta endocrinopatía) es la causa de la DE (8). La prevalencia de DE en pacientes con DM es de aproximadamente 50% independiente del tipo, con rango entre 35 y 75%, la cual varía desde 15% a los 30 años de edad hasta 55% a los 60 años. La aparición de la DE es dentro de los 10 primeros años del diagnóstico de la DM; 12% de los pacientes tienen DE como primer síntoma de DM (10). En este estudio se encontró valores similares a los mencionados anteriormente.

Se considera hoy que la obesidad, la dislipidemia, la resistencia a la insulina y la hipertensión arterial configuran una enfermedad común llamada "síndrome metabólico" que se está convirtiendo en uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI. Asociado a un incremento de 5 veces la prevalencia de DM tipo 2 y de 2 a 3 veces la ECV. El síndrome metabólico tiene una fisiopatología que implica cambios funcionales y estructurales en los vasos sanguíneos y el músculo liso (22).

Se puede extrapolar que la diabetes y la hipertensión arterial que forman parte del síndrome metabólico tienen un elemento en común que es la DE con elementos fisiopatológicos y estructurales que solos o combinados aumentan el riesgo de la DE por lo tanto debería ser predictor de enfermedades posteriores por el daño acumulado sobre el endotelio vascular, aumentando el riesgo de enfermedad coronaria, lo que convierte a la DE en un problema con alcances que no queda solamente en la calidad de vida.

De acuerdo a lo planteado sobre las causas de carácter orgánico que son el sustrato que debe existir en la DE, se ha afirmado por parte de algunos investigadores y sexólogos que en realidad todas las disfunciones erectivas resultan ser organogénicas, ya que existe, en todos los

casos (incluyendo los llamados psicógenos), una alteración en los neurotransmisores que termina por hacer insuficiente el mecanismo final vascular. Sin embargo, están las causas situacionales considerando los individuos vulnerables y ansiosos sexuales que ante determinadas circunstancias terminan por no tener erección (8, 18).

En el estudio se indagó la disfunción de pareja y el porcentaje es relativamente bajo, pero las pruebas estadísticas como el $OR=6,2$ y X^2 fue altamente significativo ($p<0.01$), de acuerdo a los resultados se debe de señalar que había un grupo de hombres que su sistema de relaciones en su hogar presentaron alteraciones, sin embargo no es seguro que los hombres restantes participantes del estudio fueran sinceros en sus respuestas agregando que la calidad de vida en la disfunción eréctil puede verse afectada por 2 vías: las enfermedades que predisponen y acompañan a esta patología merman de forma importante la calidad de vida, también la disfunción eréctil puede afectarla por sí misma, ya que es un hecho conocido desde hace tiempo que la alteración de la función eréctil afecta negativamente sobre la psicología del individuo afectando a las relaciones con familiares y amigos.

En ocasiones es difícil establecer qué factores son los que más influyen, aunque los estudios muestran una relación entre la disfunción eréctil y el deterioro de la calidad de vida. Así, se ha descrito que la disfunción eréctil se asocia a una peor calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II y su presencia muestra una asociación independiente con todas las dimensiones de la calidad de vida analizadas. También se ha referido que los pacientes con disfunción eréctil y que son diabéticos presentan peor calidad de vida que los no diabéticos, aunque en los primeros la disfunción eréctil es más severa. En un estudio realizado en un grupo de pacientes en hemodiálisis, el dominio emocional, está muy asociado con la DE independientemente de otras comorbilidades. Cabe destacar que aunque en algún caso se ha

descrito una asociación predominante de la DE con los dominios físicos de la calidad de vida (23).

Agregado a los conflictos de pareja de los hombres con DE en este estudio se encontró que ellos presentaron eyaculación precoz en un 31%, dato similar se encontró en otro estudio realizado por el autor en una población del sur del país 31,2%. Algunos autores consideran que la DE y la eyaculación precoz ocurren de manera simultánea en la mayoría de los casos, no obstante, pueden ocurrir en forma independiente, es condición inevitable que para sufrir de estas dos condiciones se deben de mantener relaciones sexuales o sea ser sexualmente activo, encontrándose asociación altamente significativa ($p<0.01$), entre la DE y relaciones sexuales, los estudios que evalúen la actividad sexual sobre el desarrollo subsecuente de la DE, en este estudio no se consideró el número de relaciones por período de tiempo pues se considera que una actividad sexual regular preserva la capacidad funcional (24).

BIBLIOGRAFÍA

1. Luigi S JC, Stredel L, Landaeta AJ, Malavé AC, Mieres L. Disfunción eréctil en la población masculina del estado de Sucre. *Rev Ven Urol* 2005; 51(2): 80-90.
2. Uribe Arcila JF. Una teoría general de la función y la disfunción eréctil. *Rev Col Urol* . [revista en Internet] 2006; [Consultado en Noviembre del 2010]; 15(3):33-45. Disponible en : <http://www.urologiacolombiana.com/revistas/diciembre-2006/007.pdf>
3. Gamboa LV. Historia de la Sexualidad, *Rev. Biomed.* [revista en Internet] abril- Junio, 1998 [Consultado en Noviembre del 2010]; 9(2):116-121. Disponible: http://www2.udec.cl/~erhetz/privada/sexualidad/unidad_01/historia_sexualidad.pdf
4. Romero CE. Disfunción eréctil y enfermedad cardiovascular. *Rev. Urug. Cardiol* [revista en Internet] 2008; [Consultado el 4 de agosto del 2009]; 23(1): 65-70. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v23n1/v23n1a06.pdf>
5. Sánchez Bravo C, Morales Carmona F, Pimentel Nieto D, Carreño Meléndez J, Guerra Rivera G. Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital. *Perinatol Reprod Hum* [revista en Internet] 2002; [Consultado el 26 de mayo del 2010]; 16: 16-25.

- Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2002/ip021d.pdf>
6. Monsalve LE, Morales PE. Disfunción Eréctil: Revisión de la Literatura. RFM, Caracas [revista en Internet] 2003 ; [Consultado el 28 de julio del 2010] ; 26(1): 3-7. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-04692003000100004&script=sci_arttext
 7. Ardila JE. Disfunción eréctil. Revista MEDUNAB, [revista en Internet] 2002; [Consultado el 28 de julio del 2010] ; 5(15):174-184 Disponible en: [http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path\[\]=274&path\[\]=257](http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path[]=274&path[]=257)
 8. Acuña A. Disfunción erectil: Aspectos Generales, Elementos Clínicos y Clasificación. MEDICAS UIS. Abril-Junio 2002; 16(2):64-73.
 9. Sell Lluvera JL, Padrón Durán RS. Disfunción Sexual Eréctil. ABC Diagnostico-Terapeutico. Rev Cubana de Endocrinol. [revista en Internet] 2001; [Consultado el 28 de julio del 2010] ; 12(2):115-23. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v12n2/end07201.pdf>
 10. Camacho JH. Disfunción Eréctil: Abordaje y manejo del paciente, RFM, Caracas. [revista en Internet] 2002 [Consultado el 28 de julio del 2010] ; 25(2) Caracas. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692002000200006&lng=en&nrm=iso&ignore=.html
 11. Rodríguez Ibarra GA, Regueiro PD, Rioja Sanz AL. Disfunción Eréctil. Actas Urol Esp. 2002;26(9): 667-690
 12. Pomerol JM. Enfoque Actual de la disfunción Eréctil. Acta Urológica. [revista en Internet] 2006; [Consultado el 4 de junio del 2010] ; 23(2):27-33. Disponible en: <http://www.apurologia.pt/acta/2-2006/enf-act-disf-erec.pdf>
 13. Rosen RC, Marin H. Prevalence of Antidepressant-Associated Erectile Dysfunction J Clin Psychiatry 2003; 64 suppl 10:5-10.
 14. González MT, Gálvez C, Álvarez N, Cobas SF, Cabrera del Valle N. Drogas y sexualidad: grandes enemigos. Rev Cubana Med Gen Integr (Ciudad de La Habana). sep.-dic. 2005; 21:5-6
 15. Camacho Montoya E, Muñoz Estrada VF, Gómez Llanos NM, Lizárraga Gutiérrez CL, Douriet Marín FA. Disfunción sexual en pacientes adictos a la cocaína. Bol Med UAS, Agosto-Octubre 2006 ; 2(14): 3-7.
 16. Fong Mata ER, Azuara Jaramillo A. Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes diabéticos, Med Int Mex. 2007; 23(6): 477-80.
 17. Ballester Arnal R; Gil Llarío MD. Estudio Epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la comunidad Valenciana. Psicothema, 1995; 7(1): 95-104
 18. Sánchez C, Morales F, Pimentel D, Carreño J, Guerra G. Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital. Un estudio comparativo. Perinatol Reprod Hum 2002; 16(1): 16-25
 19. Venegas JA, Baeza R. Prevalencia de disfunción eréctil en Chile. Rev. Chil Urol 2004; 69(3): 199-202
 20. Mendeluk GR, López Costa S. Cesación tabáquica : Su importancia en la salud sexual y reproductiva masculina. Revista del Hospital J.M. Ramos Mejía. [revista en Internet] 2009; [Consultado el 4 de junio del 2010] ; 14(2). Disponible: <http://www.ramosmejia.org.ar>
 21. Sapetti Adrian. Disfunción Eréctil y Tabaquismo. Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis. [Revista en Internet] 2006; [Consultado el 4 de junio del 2010] ; 5(2):27-32. Disponible en: http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-18/05_sapetti18.pdf
 22. Costanzo P, Knoblovits P, Rey Valzacchi G, Gueglio G, Layus O, Litwak L. La disfunción eréctil se asocia a elevada prevalencia de obesidad y síndrome metabólico. Rev. argent. endocrinol. metab. [revista en la Internet]. 2008 ; [consultado el 25 de abril 2011] ;45(4):142-148. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342008000400002&lng=es
 23. Martínez-Jabaloyas JM, Moncada I, Rodríguez-vela L, Gutierrez PR, Chaves J. Evaluación de la auto estima en varones con disfunción eréctil tratados con Sildenafil. Análisis de un grupo de pacientes españoles procedentes de un estudio multicéntrico internacional. Actas Urol Esp. 2010; 34(8):699-707
 24. Koskimäki J, Shiri R, Tammela T, Hakama M, Auvinen A. Regular Intercourse Protects Against Erectile Dysfunction: Tampere Aging Male Urologic Study. The American Journal of Medicine. [Revista en Internet] July 2008; vol/2/No7 [consultado el 25 de marzo 2011] Disponible en: <http://www.amimed.com/content/collections>