

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES
CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO
EXTERNO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES
CARRIÓN - TACNA, MARZO 2019”**

Para optar por el título de Médico Cirujano

Autor: Bach. Joseph Fernando Pérez Rosas

Asesor: Dr. Humberto Condori Mamani

Tacna – Perú

2019

DEDICATORIA

A mi familia por siempre apoyarme en todos mis logros.

A mis amigos por siempre estar allí en las buenas y en las malas.

AGRADECIMIENTOS

A toda mi familia, porque siempre están cerca de mí, velando por todo me vaya bien y apoyándome en todo. Gracias familia.

Agradecimiento eterno a mi madre Leslie, que sin ella no hubiera poder hacer nada de esto, ni ser lo que soy ahora. Gracias por darme tu amor incondicional y apoyarme en cada uno de los pasos que doy.

A mis hermanos Michael y Christopher, porque son, junto a mi madre, mi motor de superación. Siempre van a poder confiar en mí.

A mis amigos, y futuros colegas, porque siempre han estado presentes en todas las situaciones que he pasado, buenas y malas. Gracias por hacerme pasar una bonita etapa universitaria y desde ahora en adelante, profesional.

Agradecer a mi asesor, el Dr. Humberto Condori, por guiarme en el proceso de realización de este trabajo.

Y agradecer a todos los que siempre han confiado en mi y han sido parte de mi vida.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La disfunción eréctil es un problema de salud en aumento actualmente, principalmente por el envejecimiento de la población y que no es debidamente diagnosticada ni tratada. **OBJETIVO:** Relacionar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con disfunción sexual atendidos en el consultorio externo de urología del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, durante el periodo marzo del 2019. **METODOLOGÍA:** Estudio observacional prospectivo de corte transversal analítico, se evaluaron a 104 pacientes que aceptaron participar del estudio y que cumplieron los criterios de inclusión, se recopiló datos generales y antecedentes importantes y posteriormente se les administró el test IIEF para disfunción eréctil adaptado para el Perú. **RESULTADOS:** El 89,7% de los pacientes con disfunción eréctil tienen una edad mayor a 50 años, el 80,9% tiene sobrepeso u obesidad, el 39,7% presentan hiperplasia benigna de próstata, el 27,9% diabetes mellitus y el 22,1% dislipidemia. La prevalencia de disfunción eréctil fue de 65,4%, la disfunción leve con 35,6% y la leve-moderada con 19,2%. Se encontró relación entre disfunción eréctil y una edad mayor a 50 años ($p<0,001$), sobrepeso u obesidad ($p=0,001$), consumo de cigarrillo ($p=0,001$), cirugía prostática ($p<0,001$), diabetes mellitus ($p<0,001$) e hiperplasia benigna de próstata ($p<0,001$) **CONCLUSIONES:** La edad mayor a 50 años, el sobrepeso y obesidad, la hiperplasia benigna de próstata, diabetes mellitus y dislipidemia son más frecuentes en la población con disfunción eréctil. Se halló una alta prevalencia de disfunción eréctil en la población, siendo la leve la más frecuente. Se encontró una relación significativa entre disfunción eréctil y una edad mayor a 50 años, la presencia de sobrepeso u obesidad, el antecedente de consumo de cigarrillo, de cirugía prostática, de diabetes mellitus y de hiperplasia benigna de próstata.

PALABRAS CLAVE: Disfunción eréctil, comorbilidades, enfermedades crónicas, tiempo de enfermedad, IIEF.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Erectile dysfunction is a health problem that increases with the passage of time mainly for the aging of the population and that is not properly diagnosed or treated. **OBJECTIVE:** To relate the clinical and epidemiological characteristics of patients with sexual dysfunction seen in the external urology clinic of Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, during the period March 2019. **METHODOLOGY:** Retrospective observational study of analytical cross section, evaluated at 104 Patients who agreed to participate in the study and who met the inclusion criteria, collected general data and important background information through the data collection card and then administered the IIEF test for erectile dysfunction adapted for Peru. **RESULTS:** 89.7% of patients with erectile dysfunction are older than 50 years, 80.9% are overweight or obese, 39.7% have benign prostatic hyperplasia, 27.9% have diabetes mellitus, 22.1% of dyslipidemia. The prevalence of erectile dysfunction was 65.4%, mild dysfunction with 35.6% and mild-moderate with 19.2%. The relationship between erectile dysfunction and age older than 50 years ($p < 0.001$), overweight or obesity ($p = 0.001$), cigarette smoking ($p = 0.001$), prostate surgery ($p < 0.001$), diabetes mellitus ($p < 0.001$) and benign prostatic hyperplasia ($p < 0.001$). **CONCLUSIONS:** Age over 50 years, overweight and obesity, benign prostatic hyperplasia, diabetes mellitus and dyslipidemia are more frequent and erectile dysfunction. It is a high prevalence of erectile dysfunction in the population, being the most frequent level. A significant relationship was found between erectile dysfunction and age older than 50 years, the presence of overweight or obesity, the history of cigarette smoking, prostate surgery, diabetes mellitus and benign prostatic hyperplasia.

KEY WORDS: Erectile dysfunction, comorbidities, chronic diseases, time of illness, IIEF.

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT.....	4
ÍNDICE.....	5
INTRODUCCIÓN	7
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.3.1. Objetivos General	9
1.3.2. Objetivos Específicos.....	9
1.4. JUSTIFICACIÓN	10
1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	11
1.5.1. Salud sexual	11
1.5.2. Disfunción sexual.....	11
1.5.3. Disfunción eréctil.....	11
1.5.4. Enfermedad renal crónica	11
1.5.5. Hiperplasia benigna de próstata	12
1.5.6. Tabaquismo (Uso de cigarrillos).....	12
1.5.7. Alcoholismo (Consumo de alcohol).....	12
1.5.8. Dislipidemia.....	12
1.5.9. Insuficiencia cardíaca.....	13
2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	14
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	14
2.2. MARCO TEÓRICO.....	23
2.2.1. Sexualidad.....	23
2.2.2. Disfunción Sexual.....	23
3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.....	29

3.1.	HIPÓTESIS.....	29
3.2.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	30
4.	CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	32
4.1.	DISEÑO.....	32
4.2.	ÁMBITO DE ESTUDIO	32
4.2.1.	Ubicación espacial	32
4.2.2.	Ubicación temporal.....	32
4.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	33
4.3.1.	Población.....	33
4.4.	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	33
	CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	35
	RESULTADOS.....	36
	DISCUSIÓN	52
	CONCLUSIONES	55
	RECOMENDACIONES.....	57
	BIBLIOGRAFÍA	58
	ANEXOS	64

INTRODUCCIÓN

La sexualidad se considera importante tanto para el bienestar, como para una calidad de vida de todas las personas en general, por lo que cualquier situación que altere este aspecto, deben ser correctamente diagnosticadas y tratadas por personal de salud capacitados.(1)

Es un problema que posee tasas de prevalencia e incidencia elevadas en todas partes del mundo(2), y que van aumentando, conforme la población envejece más.(3)

La etiología de la disfunción sexual es multifactorial y se encuentra asociada a determinadas enfermedades crónicas que el paciente tiene o también, como efectos secundarios al tratamiento que recibe.(4)

Esto puede generar ansiedad en las personas que sufren de este, principalmente por el temor al fracaso de no poder responder adecuadamente a su pareja, entre otros factores.(5)

Para el personal de salud, suele ser difícil diagnosticar este problema debido a las diferentes barreras morales y culturales existentes.(6)

Existen múltiples tipos de tratamientos que buscan tratar las causas de la disfunción sexual, aunque no es siempre posible encontrarla, estos tratamientos incluyen desde terapia psicológica hasta tratamiento quirúrgico.(3)

1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En la mayoría de los países del mundo, la salud sexual reproductiva de las personas ha emergido como campos de atención a tener en consideración en las políticas y programas de salud de los gobiernos.(7)

La disfunción sexual, en especial la disfunción eréctil, presenta prevalencias e incidencias altas en todo el mundo. En algunos estudios se menciona hasta 52% de prevalencia en varones de 40 a 70 años.(8)

En pacientes con patologías crónicas concomitantes, como por ejemplo en la hipertensión arterial esta prevalencia puede ser aún mayor(4) o empezar a edades más tempranas, como sucede con los pacientes diabéticos.(9)

La mayoría de las disfunciones sexuales tienen una etiología múltiple, existiendo en su origen tanto factores orgánicos como psicológicos, a lo que también puede agregarse la ansiedad que va a generar el hecho de culminar una relación sexual nueva, especialmente si las anteriores no han resultado satisfactorias.(6)

La importancia que tienen los estudios sobre la sexualidad humana son la de reconocer que esta es un área fundamental en la salud integral del individuo, como lo manifiesta la Organización Mundial de la Salud (OMS).(10)

Una ventaja que tiene la utilización de cuestionarios autoadministrables para el diagnóstico de problemas sexuales es que nos facilita la sinceridad y veracidad en las respuestas y también en poder preservar la intimidad del paciente.(6)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre las características clínico-epidemiológicas de pacientes con disfunción eréctil atendidos en el consultorio externo de urología del hospital III Daniel Alcides Carrión - Tacna, durante el periodo marzo del 2019?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivos General

Analizar la relación entre las características clínicos-epidemiológicas de los pacientes con disfunción sexual atendidos en el consultorio externo de urología del hospital III Daniel Alcides Carrión - Tacna, durante el periodo marzo del 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con disfunción eréctil en el consultorio externo de urología del hospital III Daniel Alcides Carrión - Tacna, durante el periodo marzo del 2019.
- b. Conocer la incidencia de disfunción eréctil en pacientes atendidos en el consultorio externo de urología del hospital III Daniel Alcides Carrión - Tacna, durante el periodo marzo del 2019.

- c. Evaluar el grado de disfunción eréctil en los pacientes atendidos en el consultorio externo de urología del hospital III Daniel Alcides Carrión - Tacna, durante el periodo marzo del 2019.
- d. Relacionar el tiempo de enfermedad de las comorbilidades y antecedentes con el grado de disfunción eréctil de los pacientes atendidos en el consultorio externo de urología del hospital III Daniel Alcides Carrión - Tacna, durante el periodo marzo del 2019.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Al considerarse la salud sexual como una parte importante en el desarrollo y bienestar de una persona, es necesario que se disponga de información necesaria para un diagnóstico preciso de patologías que alteran esta esfera de la vida de las personas.

Las diferentes disfunciones sexuales que existen tienen una alta prevalencia en la sociedad, pero no son debidamente diagnosticadas, esto debido a que la población afectada no suele buscar ayuda profesional, esto perjudicando principalmente en la relación de pareja, ocasionando estrés y otros problemas en la persona.

No existe un estudio similar en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna que investigue sobre la disfunción eréctil en pacientes que acuden al consultorio de urología ni que las relacione con enfermedades crónico-degenerativas.

Es por ello, que, por medio de este proyecto, se busca determinar las características clínicas y epidemiológicas que los pacientes con el diagnóstico de disfunción eréctil atendidos en el consultorio externo de urología del Hospital Daniel Alcides Carrión y analizar la relación con otras

enfermedades crónicas, para así poder buscar población predispuesta a tener estos problemas y brindarle un diagnóstico y tratamiento adecuado.

1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1.5.1. Salud sexual

“La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.”(11)

1.5.2. Disfunción sexual

“Son una serie de síndromes en los 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.”(12)

1.5.3. Disfunción eréctil

“La disfunción eréctil se ha definido como la incapacidad persistente de conseguir y mantener una erección suficiente para permitir un rendimiento sexual satisfactorio.”(2)

1.5.4. Enfermedad renal crónica

“La insuficiencia renal crónica se define como la pérdida progresiva, generalmente irreversible, de la tasa de filtración glomerular que se

traduce en un conjunto de síntomas y signos denominado uremia y que en su estadio terminal es incompatible con la vida.”(13)

1.5.5. Hiperplasia benigna de próstata

“La hiperplasia protática benigna se define histológicamente como el crecimiento de la glándula de la próstata a partir de la hiperplasia progresiva de sus células y estroma. Clínicamente, se refiere a los síntomas del tracto urinario inferior asociados con el crecimiento benigno de la próstata que causa eventualmente obstrucción del tracto urinario inferior.”(14)

1.5.6. Tabaquismo (Uso de cigarrillos)

“El tabaquismo es una adicción a la nicotina del tabaco. En la mayoría de los casos, se produce a través del consumo de cigarrillos y con menor frecuencia a través del consumo de habanos, cigarros, pipas y otros. Se considera fumador a quien ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y actualmente fuma todos o algunos días.”(15)

1.5.7. Alcoholismo (Consumo de alcohol)

“El alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor.”(16)

1.5.8. Dislipidemia

“Las dislipidemias o hiperlipidemias son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o

hipercolesterolemia e incrementos de las concentraciones de triglicéridos o hipertrigliceridemia.”(17)

1.5.9. Insuficiencia cardíaca

“La insuficiencia cardíaca es un síndrome en el que los pacientes presentan las siguientes características: síntomas de insuficiencia cardíaca, típicamente falta de aire o fatiga tanto en reposo como durante el ejercicio; signos de retención de líquidos, como congestión pulmonar o hinchazón de tobillos, y evidencia objetiva de una alteración cardíaca estructural o funcional en reposo.”(18)

2. CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Diosdado Figueiredo M, Balboa Barreiro V, Pértega Diaz S, Seoane Pillado T, Pita Fernández S, Chantada Abal V. *Disfunción eréctil en pacientes con hipertensión arterial. Riesgo cardiovascular e impacto en su calidad de vida. 2019 (España)*(19)

El objetivo de este estudio fue de estimar la frecuencia de disfunción eréctil en pacientes con el diagnóstico de hipertensión arterial y las variables asociadas, el grado de control, el riesgo cardiovascular y el impacto en la calidad de vida. El estudio fue observacional, incluyó a 262 hombres hipertensos, se recogieron variables sociodemográficas y de comorbilidad (edad, dislipemia e hipertrofia benigna de próstata), grado de control de la hipertensión arterial y tratamiento, riesgo cardiovascular y síndrome metabólico. La disfunción eréctil se diagnosticó mediante el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-15). Los resultados mostraron una media de 65,84 años de edad, el 46,1% presentó disfunción eréctil, el 54,9% presentó disfunción eréctil de grado severo. El análisis bivariado mostró una asociación entre la disfunción eréctil y las variables: edad, dislipemia, hipertrofia benigna de próstata, presión arterial alta, años de diagnóstico de la hipertensión, mientras que el modelo multivariado encontró asociación con la edad, presentar dislipemia, hipertrofia benigna de próstata y síndrome metabólico. La conclusión del estudio fue que la disfunción eréctil se asocia significativamente con la edad, presentar dislipemia, hipertrofia benigna de próstata y síndrome metabólico.

Folgar Contreras MJ, Ramos Rodriguez M, Pastrana Gonzales KS. *Disfunción eréctil en población geriátrica masculina con hipertensión arterial en Tegucigalpa. 2018 (Honduras)*(20)

El objetivo del estudio fue la de determinar la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes masculinos hipertensos que asistieron a la consulta externa del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor. Se realizó un estudio descriptivo transversal, se tomó una muestra de 210 individuos de un total de 465, obteniendo datos a partir de la aplicación de dos encuestas que incluían preguntas de carácter general y el Índice Internacional de Función Eréctil Abreviado (IIEF-5). Los resultados encontraron que la prevalencia de disfunción eréctil en los pacientes masculinos hipertensos fue de 58%. El estudio concluyó que en la población geriátrica masculina e hipertensa hay una prevalencia alta de disfunción eréctil, presentándose con una mayor frecuencia en un rango de edad avanzada debido principalmente a causa de enfermedades concomitantes.

Santibáñez C, Anchique C, Herdy A, Zeballos C, González G, Fernández R, et al. *Prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en pacientes con indicación de rehabilitación cardíaca. 2016 (Chile, Brasil, Perú, Colombia, Argentina, Paraguay)*(21)

Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la disfunción eréctil en los candidatos a un programa de rehabilitación cardíaca, determinar la gravedad de la disfunción eréctil y describir los factores que se asocian a esta condición. Fue un estudio descriptivo, transversal, incluyó 225 pacientes con indicación de rehabilitación cardíaca de 6 países de Latinoamérica en el período de marzo-agosto 2014. Se obtuvo datos demográficos y se utilizó el cuestionario Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) auto administrado. Las variables fueron procedencia, edad, peso, talla, IMC, obesidad, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus

(DM), infarto agudo de miocardio (IAM), tabaquismo y uso de fármacos. Se evaluó a 225 hombres, de acuerdo con el IIEF, 80,1% tuvo algún tipo de DE; 8,9% severa; 10,7% moderada; 26,2% leve a moderada y 35,6% leve. Los factores asociados significativamente fueron el país de procedencia, la diabetes mellitus, la edad y el tabaquismo. El estudio concluye que la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con indicación de rehabilitación cardíaca fue 80,1% y sus factores asociados son edad, obesidad, IAM, DM, HTA y tabaquismo.

Elías Calles LC, Calero Ricardo JL, Domínguez YA. *Personas con disfunción eréctil atendidos en la consulta de Andrología, Instituto de Endocrinología de Cuba, 2009-2012.* 2015 (Cuba)(22)

El objetivo del estudio fue determinar la asociación entre el grado de severidad de la disfunción eréctil y factores de riesgos conocidos, comorbilidades, parámetros clínicos, bioquímicos y hormonales, atendidos en la consulta de andrología del Instituto Nacional de Endocrinología (INEN) de Cuba. El estudio fue observacional descriptivo, transversal, que incluyó 385 pacientes mayores de 20 años, atendidos entre los años 2009 a 2012. Las variables estudiadas fueron clínicas, antropométricas, bioquímicas y hormonales. Los resultados del estudio encontraron que la media de edad fue 56,85 años. El 82,9% tenían mayor 50 años y un 95% padecía alguna enfermedad crónica. Los grados moderados y severos de disfunción sexual predominaron en el estudio (45% y 39% respectivamente), los diuréticos e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina se asociaron a disfunción eréctil, el consumo de alcohol fue común en un 69,9%. El IMC, la circunferencia de la cintura, el índice cintura/cadera, la glucemia, el colesterol total y los triglicéridos se encontraron aumentados cuando fue mayor el grado de severidad de la disfunción eréctil. La testosterona total se asoció inversamente con una significación estadística ($p=0,005$). Las comorbilidades más frecuentemente

encontradas fueron la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y la obesidad. El estudio concluyó que se encontró una asociación directamente proporcional entre el grado de severidad de la disfunción eréctil con algunos de sus factores de riesgo y enfermedades crónicas frecuentes mientras que fue inversamente proporcional a los valores de la testosterona total.

Arias Altamar CM, Cuello Torres OA, Mendoza Castillo CH, Montes Ramos S, Yepes Barreto IJ. *Prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo asociados a disfunción eréctil en pacientes hipertensos del Hospital Universitario del Caribe de Cartagena en 2013. 2014 (Colombia)*(23)

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de disfunción eréctil entre los pacientes hipertensos del Hospital Universitario del Caribe de Cartagena. El estudio fue observacional de corte transversal en 100 pacientes hipertensos en los que se evaluó la prevalencia de disfunción eréctil y las comorbilidades mediante una encuesta para recolección de datos y el test IIEF-5 para medir el grado de disfunción eréctil. Los resultados encontraron que la media de edad fue de 60 años, la prevalencia de disfunción eréctil fue del 58%. El promedio de tiempo en tratamiento hipertensivo fue de 74 meses. El 27% de los pacientes tenían obesidad, el 9% de diabetes mellitus y el 4% de dislipidemia. Las conclusiones de la tesis muestran que la prevalencia de disfunción eréctil fue más alta que en otros. La diabetes mellitus y la edad fueron las comorbilidades más asociadas con disfunción eréctil. El tratamiento hipertensivo, la obesidad y otros factores estudiados no mostraron significación estadística.

Nuri Gorgel S, Gorgel A, Sefik E. *Función sexual en pacientes masculinos con síndrome metabólico y parámetros efectivos en disfunción eréctil*. 2014 (Turquía)(24)

El objetivo del estudio fue investigar la relación entre el síndrome metabólico, la función sexual y los parámetros de disfunción eréctil. Se incluyó un total de 1300 individuos en este estudio entre enero de 2009 y julio de 2012. Se pidió a todos los individuos que completaran el cuestionario del Índice Internacional de la Función Eréctil (IIEF). La presencia de síndrome metabólico se determinó cuando estaban presentes tres o más de los cinco criterios de acuerdo con el ATP III. Los individuos obesos se dividieron en seis grupos según la definición modificada de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se investigaron parámetros sobre la disfunción eréctil en individuos con síndrome metabólico. Los resultados del estudio detectaron síndrome metabólico en 455 individuos (35%). Las puntuaciones medias en el dominio de IIEF para todos los parámetros fueron más altas en individuos sin síndrome metabólico que en individuos con síndrome metabólico ($p < 0.05$). Las puntuaciones medias en el dominio de IIEF fueron más bajas en los individuos con obesidad de clase 3 que en los individuos con otros grupos obesos ($p < 0,05$). Hubo una diferencia estadística en cuanto a la puntuación media de la función eréctil de IIEF entre los grupos fumadores y no fumadores ($p < 0,05$). El 75% de las personas con síndrome metabólico y el 45% de las personas sin síndrome metabólico tenían disfunción eréctil ($p < 0,001$). El reveló que la circunferencia abdominal era el criterio más importante para disfunción eréctil ($p < 0,05$). Las conclusiones del estudio demuestran que el síndrome metabólico, el tabaquismo y la obesidad parecen ser factores de riesgo potenciales para la disfunción sexual.

Lopez Morales CM, Heredia ME, Gonzales R, Rosales E. *Disfunción eréctil en portadores de diabetes mellitus tipo 2 en edad productiva. 2013 (México)*(25)

El objetivo del estudio fue estudiar la prevalencia de la disfunción eréctil en pacientes diabéticos. Se aplicó La encuesta Índice Internacional de Función Eréctil Abreviado (IIEF-5) a 120 hombres diabéticos de 21 a 50 años. Se registraron los datos demográficos, tiempo de evolución de la diabetes, hemoglobina glicosilada medida en los últimos tres meses, peso, talla y también los tratamientos recibidos. Los resultados del estudio indican que el 50% de los pacientes tuvieron algún grado de disfunción eréctil, en los años de evolución se encontró una media de $6,53 \pm 6,02$ años desde el momento del diagnóstico. El 20% de la población consumían tabaco, y de estos, el 66,6% presentaron disfunción eréctil. Para las variables edad, tiempo de evolución de diabetes mellitus e IMC no se encontró relación estadísticamente significativa. Los pacientes con un control metabólico inadecuado tuvieron un mayor riesgo de tener esta condición (OD 5,5; IC 95%: 2,3-81). Las conclusiones de estudios indican que la disfunción eréctil es común entre los pacientes diabéticos y está cercanamente asociado a un control metabólico inadecuado.

Chaman Rodriguez L. *Factores asociados a disfunción sexual en pacientes varones que acuden por consulta externa de medicina humana. 2017 (Trujillo, Perú)*(26)

La tesis tuvo como objetivo identificar los factores asociados de disfunción sexual en los pacientes que acudieron por consulta externa del Hospital Regional Docente de la ciudad de Trujillo durante el periodo junio a agosto del año 2015. Se realizó un estudio retrospectivo, analítico de casos y controles que incluyó a 120 pacientes varones, la recolección de la información fue mediante la encuesta IIEF, adaptada para el Perú. Se

encontró que de los 60 pacientes con disfunción sexual presentaron 33 diabetes mellitus, 18 tenían una edad mayor de 50 años, 20 presentaban hipertensión arterial y 11 hiperplasia benigna de próstata. Las esferas más afectadas del IIEF fueron la satisfacción sexual y el deseo sexual, seguidas por la disfunción eréctil y disfunción orgásmica. La principal asociación se encontró entre la edad mayor a 50 años y la disfunción sexual, seguida por la diabetes mellitus, no se encontró asociación significativa entre hipertensión arterial e hiperplasia benigna de próstata.

Diaz Amanca A. *Frecuencia y factores asociados a la Disfunción Eréctil en pacientes con enfermedades crónicas. Hospital Goyeneche. 2014 (Arequipa, Perú)*(27)

La tesis realizada tuvo como propósito determinar la frecuencia y factores asociados de disfunción eréctil en pacientes con enfermedades crónicas atendidos en el Hospital Goyeneche de Arequipa en el año 2014. Los instrumentos empleados fueron el Índice Internacional de Disfunción Eréctil y una ficha de recolección de datos. La muestra estuvo conformada por 50 atendidos en el Hospital Goyeneche. Los resultados indicaron que las enfermedades crónicas más frecuentes que presentan los pacientes con disfunción eréctil son la hipertrofia prostática, la diabetes mellitus y la obesidad, las mismas que se asocian de manera significativa con la disfunción eréctil, el 76% presentaron disfunción eréctil, leve 32%, moderado 32% y severa 12%. La frecuencia de disfunción eréctil fue de 76%. La edad fue el único factor asociado a disfunción eréctil.

Arizaga Jimenez J. *Frecuencia y factores asociados a disfunción eréctil en pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5 en hemodiálisis. 2014 (Arequipa, Perú)*(28)

El objetivo de la tesis fue la de identificar la frecuencia y los factores asociados a disfunción eréctil en los pacientes con el diagnóstico de insuficiencia renal crónica estadio 5 en hemodiálisis en EsSalud de Arequipa. El estudio fue observacional, transversal, de un total de 462 pacientes, 131 de ellos cumplieron los criterios de inclusión y se determinó la disfunción eréctil utilizando el Cuestionario IIEF-5. Los resultados encontraron que la media de edad fue de 59,48 y el grupo etario predominante era el de 60 años a más (57,25%), la etiología más frecuente fue la diabetes mellitus (29,01%). Acerca de los análisis de laboratorio se demostró que existe una asociación estadística entre los niveles de urea, creatinina, glucosa y la parathormona con el grado de disfunción eréctil. Se encontró que la frecuencia de disfunción eréctil fue de 96,95%. El grado de disfunción eréctil leve fue de 26,73%, de leve a moderada en 22,90%, de moderada en 23,66% y de severa en 23,66%. Las conclusiones de la tesis mostraron que la frecuencia de disfunción eréctil en los pacientes con insuficiencia renal crónica es alta, siendo el grado severo el más prevalente, la diabetes mellitus fue la etiología más frecuente, y se encontró una relación importante en cuanto a los niveles de glucosa, urea, creatinina y parathormona con la disfunción eréctil en estos pacientes.

Acuña Castañeda JG. *Factores asociados a disfunción eréctil en pacientes post prostatectomía radical por cáncer prostático durante el periodo 2011 al 2013 en el Hospital Militar Central. 2014 (Tacna, Perú)*(29)

El objetivo de la tesis fue determinar los factores de riesgo asociados a disfunción eréctil en pacientes tras prostatectomía radical en el Hospital Militar Central. El estudio fue analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. Se evaluaron a 135 pacientes expuestos a prostatectomía radical, se evaluó la disfunción mediante la encuesta SHIM. Los resultados mostraron que la ancianidad ($p < 0.01$), estadio T2 N0 M0 ($p < 0.05$), hipertensión arterial ($p < 0.01$), farmacoterapia ($p < 0.01$) son estadísticamente significativas como factores predictores. Las conclusiones de la tesis demostraron que la ancianidad, el estadio T2 N0 M0, la hipertensión arterial, la farmacoterapia posterior son factores de riesgo asociados a disfunción eréctil tras prostatectomía radical.

Pineda Sanchez, J. *Tamizaje epidemiológico de disfunción eréctil en población de varones de 18 a 50 años de edad de la ciudad de Tacna. 2014 (Tacna, Perú)*(30)

La tesis tuvo como objetivo determinar el perfil epidemiológico y frecuencia de disfunción eréctil en la población de varones de la ciudad de Tacna. Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal prospectivo en el campo epidemiológico y clínico-urológico. La población estuvo conformada por varones del cercado de Tacna, y se usó la encuesta (IIEF) adaptada culturalmente para el Perú. Los resultados indicaron que el 82.4% no presentaron disfunción eréctil, el 6.4% presentaron disfunción eréctil leve, disfunción moderada y severa de 10.4% y 0.8% respectivamente. Los varones sin parejas sexuales en los últimos 6 meses son los más afectados con disfunción sexual y el 16.7% nunca fue al médico. Las conclusiones del

estudio indicaron que la población más afectada es de 40 a 50 años, en la población con disfunción eréctil moderada o severa refirieron que nunca recibieron atención médica.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Sexualidad

La sexualidad es y ha sido una de las áreas del comportamiento humano más desconocida y en la que aún prima muchas veces la anécdota sobre el conocimiento científico. Y si esto es cierto a cualquier edad lo es, especialmente en personas de edad avanzada. La sola existencia de manifestaciones sexuales de cualquier tipo en los ancianos es sistemáticamente negada, rechazada o dificultada por gran parte de la sociedad.

El problema sexual es uno de los más complejos de la vida humana hasta el punto de que, a veces, se opta por no resolverlo con razones y se deja que cada caso encuentre su solución espontánea.(31)

2.2.2. Disfunción Sexual

Las disfunciones sexuales son problemas en el funcionamiento erótico de las personas que impiden el desarrollo de una vida erótica plena, el desarrollo de vínculos eróticos satisfactorios en las parejas y que, muy frecuentemente deterioran la autoimagen y la autoestima de las personas.(12)

2.2.2.1. Disfunción eréctil

La disfunción eréctil (DE) es la incapacidad persistente de alcanzar y mantener una erección suficiente para permitir un desempeño sexual satisfactorio. Aunque la DE es un

trastorno benigno, afecta la salud física psíquica y social y tiene un impacto importante en la calidad de vida de quienes la padecen, de sus parejas y de sus familias. Una revisión reciente de estudios epidemiológicos sobre DE sugiere que aproximadamente 5-20% de los hombres tienen DE moderada a grave. La diferencia en la incidencia informada probablemente se deba a diferencias en la metodología y a las edades y estado socioeconómico de las poblaciones de estudio.(32)

2.2.2.1.1. Fisiopatología

El descubrimiento del óxido nítrico (ON) como mediador químico final de la erección marcó un hito en el entendimiento de su fisiopatología. De esta forma, se puso fin a una discusión que llevó años acerca de cuál era realmente el efector final que provocaba la relajación del músculo liso intracavernoso. En la actualidad, la biología molecular ha permitido establecer cuál es el mecanismo preciso de interacción de los segundos mensajeros con los iones, tanto en el nivel intracelular como intercelular y de esta forma conocer cómo se regula la contracción y la relajación de la célula muscular lisa y cómo se transmiten las señales de una célula a la otra. En ese sentido, el descubrimiento de las conexinas (grupo de proteínas líquidas que baña el citoplasma celular permitiendo que todo el cuerpo cavernoso se comporte como un gran sincicio) fue de vital importancia. Otro hecho que significó un aporte decisivo fue el de establecer la importancia que poseen los canales iónicos como cerrojo de todo el mecanismo de contracción/relajación. Este descubrimiento, como veremos más adelante, fue la puerta a través de la cual la terapia génica

se convirtió en una posibilidad terapéutica tangible y no tan lejana.(33)

2.2.2.1.2. Etiología

Puesto que una erección requiere de una precisa secuencia de acontecimientos, la DE puede ocurrir cuando se altera cualquiera de ellos. La secuencia pasa por los impulsos nerviosos cerebrales, de la medula espinal y el área de alrededor del pene y la respuesta de los músculos, tejidos fibrosos, venas y arterias en la vecindad de los cuerpos cavernosos.

La lesión de nervios, arterias, músculo liso y tejido fibroso, con frecuencia como resultado de una enfermedad, es la causa más común de DE. Enfermedades como la diabetes, la insuficiencia renal, el alcoholismo crónico, la esclerosis múltiple, la arteriosclerosis, enfermedades vasculares y enfermedades neurológicas se asocian a aproximadamente el 70% de los casos de DE. Por ejemplo, entre el 30 y el 50% de los hombres con diabetes experimenta una DE.

También la cirugía, en particular la prostatectomía radical a causa de un cáncer puede lesionar los nervios y las arterias de la zona vecina al pene y producir DE. Las lesiones en el pene, medula espinal, próstata, vejiga y pelvis pueden acabar produciendo DE por lesión de los nervios, músculo liso, arterias y tejido fibroso de los cuerpos cavernosos.

Los principales factores psicológicos responsables de la DE son el estrés, la ansiedad y la fatiga. La DE es un efecto no deseable ocasional de la depresión. Los sentimientos negativos hacia la compañera sexual, o expresados por la

compañera sexual, como resentimiento, hostilidad o falta de interés también son factores implicados en la DE. Junto a estos factores, el sentimiento de culpa, la depresión, una baja autoestima o el temor a un fracaso sexual causan entre el 10 y el 20% de los casos de DE. Los hombres con una causa física responsable de la DE con frecuencia también experimentan los mismos tipos de reacciones psicológicas: estrés, ansiedad y/o depresión.

Otras posibles causas de DE son el tabaquismo, que afecta al flujo sanguíneo en las venas y las arterias, y los trastornos hormonales, como el déficit de testosterona.

Además, muchos medicamentos frecuentemente prescritos pueden producir DE como efecto secundario, por ejemplo, antihipertensivos, antihistamínicos, antidepresivos, tranquilizantes, supresores del apetito y cimetidina. Si un paciente experimenta una DE, debe informar a su médico acerca de las medicaciones que está tomando.(34)

2.2.2.1.3. Diagnóstico

El primer paso a la hora de evaluar la DE consiste siempre en obtener unos antecedentes médicos y psicológicos detallados de los pacientes y sus parejas. A menudo, no es posible que la pareja acuda a la primera visita del paciente, pero ha de procurarse por todos los medios que lo haga a la segunda. La fisiopatología de la DE puede ser vasculógena, neurógena, hormonal, anatómica, farmacológica o psicógena y la anamnesis puede identificar alguno de los muchos trastornos habituales que se asocian a DE.

Es importante crear un ambiente relajado durante la obtención de la anamnesis. Así se facilitará la formulación de preguntas sobre la función eréctil y otros aspectos de los antecedentes sexuales, especialmente en los pacientes a los que no les resulta fácil hablar de su problema. También facilitará la explicación del abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente y su pareja.(2)

El Índice Internacional de la Función Eréctil (IIEF) es un instrumento multidimensional autoadministrado ampliamente utilizado para la evaluación de la función sexual masculina. Se ha recomendado como criterio de valoración principal para los ensayos clínicos de disfunción eréctil (DE) y para la evaluación diagnóstica de la gravedad de la disfunción eréctil.(35)

El IIEF consta de 15 preguntas que comprenden 5 aspectos: función eréctil, clasificando la gravedad en no DE (25-30), leve (19-24), leve a moderada (13-18), moderado (7-12), severo (0-6); función orgásmica, deseo sexual y satisfacción general clasificándolas en no disfunción (9-10), leve (7-8), leve a moderada (5-6), moderada (3-4), severa (0-2) y finalmente la satisfacción coital clasificándola en no disfunción (13-15), leve (10-12), leve a moderada (7-9), moderada (4-6), severa (0-3).(36)

El Índice Internacional de Función Sexual Abreviado, también llamado test IIEF-5, permite evaluar la disfunción eréctil a partir de 5 preguntas precisas. Este cuestionario se encuentra validado en español para su implementación de manera fácil.(37)

2.2.2.1.4. Tratamiento

Según la causa y la gravedad de la disfunción eréctil y las enfermedades de salud preexistentes, puedes tener varias opciones de tratamiento. El médico puede explicarte los riesgos y beneficios de cada tratamiento, y tendrá en cuenta tus preferencias. También pueden influir en tu tratamiento las preferencias de tu pareja.

Los medicamentos orales son un tratamiento eficaz contra la disfunción eréctil para muchos hombres. Algunos de ellos son: sildenafil, tadalafil, vardenafil, avanafil.

Los cuatro medicamentos mejoran los efectos del óxido nítrico, una sustancia química natural que el organismo produce y que relaja los músculos del pene. Esto aumenta la irrigación sanguínea y permite lograr una erección en respuesta a la estimulación sexual.

Los medicamentos varían en la dosis, en la duración de su funcionamiento y en sus efectos secundarios. Los posibles efectos secundarios comprenden enrojecimiento, congestión nasal, dolor de cabeza, alteraciones visuales, malestar estomacal y dolor de espalda.(38)

3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1. HIPÓTESIS

El antecedente de alcoholismo, tabaquismo, de cirugía prostática, la presencia de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, dislipidemia, insuficiencia cardíaca, hiperplasia benigna de próstata, un tiempo de enfermedad mayor a 10 años, la edad mayor a 50 años, un IMC mayor a 30 se relacionan con la presencia de disfunción eréctil.

V1: Antecedentes

“Adquisición de información del estado y tratamientos médicos pasados de un paciente.”(39)

V2: Comorbilidades

“Presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación con el diagnóstico inicial o con respecto a la condición señalizadora sujeto del estudio. La comorbilidad puede afectar la capacidad de funcionar de los individuos afectados y también su supervivencia; puede ser usado como un indicador para pronosticar la duración de la permanencia en el hospital, factores de costos, y el resultado o supervivencia.”(40)

V3: Disfunción eréctil

“Incapacidad por parte del varón de tener una erección peneana debido a disfunción psicológica u orgánica.”(41)

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

INDICADOR	VARIABLE	CATEGORÍA	ESCALA
DATOS GENERALES Y ANTECEDENTES	Edad	Edad en años	Cuantitativa
	IMC	Valor en Kg/m ²	Cuantitativa
	Tabaquismo	- Si - No	Nominal dicotómica
	Alcoholismo	- Si - No	Nominal dicotómica
	Antecedente de cirugía	- RTU-P - APTV - No	Nominal
	Antecedente de uso de Inhibidores de PDE-5	- Si - No	Nominal dicotómica
	Recetado por	- Médico - Farmacéutico - Familiar / Amistad - Automedicado	Nominal
	COMORBILIDADES	DM2	- Si - No
HTA		- Si - No	Nominal dicotómica
ERC		- Si - No	Nominal dicotómica
HBP		- Si - No	Nominal dicotómica
Insuficiencia cardíaca		- Si - No	Nominal dicotómica

	Dislipidemia	- Si - No	Nominal dicotómica
	Años de enfermedad	Valor en años	Cuantitativa
DISFUNCIÓN SEXUAL	IIEF	- No DE (25-30 pts) - DE leve (19-24 pts) - DE leve a moderada (13 a 18 pts) - DE moderada (7 a 12 pts) - DE severa (0 a 6 pts)	Ordinal

4. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO

Estudio observacional de tipo analítico, de corte transversal, prospectivo.

El trabajo fue observacional porque buscó medir variables clínicas del paciente mediante la realización de una encuesta, de tipo analítico porque se describió la frecuencia y la relación de disfunción sexual con comorbilidades y antecedentes, de corte transversal porque los datos obtenidos se tomaron en un solo momento de tiempo y prospectivo porque se utilizó una ficha de recolección para obtener los datos de las comorbilidades de los pacientes y el test IIEF para diagnosticar disfunción eréctil.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

4.2.1. Ubicación espacial

Se realizó el proyecto en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Tacna, en el consultorio externo de urología. La ciudad de Tacna se encuentra ubicada en la costa occidental sur del Perú, a 562 m.s.n.m. Tacna limita por el sur con el país de Chile, por el norte con el departamento de Moquegua, por el noroeste con el departamento de Puno, por el oeste con el océano Pacífico y por el este con el país de Bolivia. La ciudad de Tacna se encuentra a una distancia de 1293 km de la capital Lima.

4.2.2. Ubicación temporal

El estudio tomó el periodo comprendido entre el 1 de marzo hasta el 18 de marzo del año 2019.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. Población

La población estuvo compuesta por los pacientes atendidos en el consultorio externo de urología del hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna del 1 de marzo hasta el 18 de marzo del 2019.

Se usó un muestreo no probabilístico por conveniencia, dando un total de 104 pacientes que cumplían los criterios de inclusión.

4.3.1.1. Criterios de Inclusión

- a. Pacientes masculinos.
- b. Pacientes comprendidos entre las edades de 40 a 70 años.
- c. Pacientes atendidos en el consultorio externo de urología.

4.3.1.2. Criterios de Exclusión

- a. Pacientes que se nieguen a participar de la investigación.
- b. Pacientes con encuestas incompletas y/o sin los datos necesarios para la investigación.
- c. Paciente con antecedente de accidente cerebro vascular y/o lesión medular.

4.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo del trabajo se utilizó una ficha con la cual se recolectaron los datos necesarios para realizar el proyecto. La ficha consta de una parte con los datos generales del paciente y sus antecedentes más importantes, una segunda parte con los datos clínicos de enfermedades crónicas y

comorbilidades que el paciente tenga diagnosticado y finalmente una tercera parte con un test: el IIEF (The International Index of Erectile Function) para el diagnóstico de disfunción eréctil, el cual se encuentra validado en el Perú y se considera un instrumento válido y confiable para su uso a nivel local(42) (Anexo 1). Este test evalúa 5 aspectos: función eréctil con las preguntas 1 a 5 y 15, función orgásmica con las preguntas 9 y 10, deseo sexual con las preguntas 11 y 12, satisfacción coital con las preguntas 6 a 8 y satisfacción general con las preguntas 13 y 14.

Se solicitó el permiso a la dirección del hospital para poder realizar la investigación y poder llenar las fichas de recolección de datos y el test IIEF en los pacientes atendidos en el consultorio externo de urología del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna.

Los datos obtenidos en las fichas de recolección de datos no fueron utilizados para otros fines y se tuvo la confidencialidad pertinente de estos.

CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Una vez que se tuvo recolectada la información de las fichas de recolección de datos y las encuestas realizadas a los pacientes atendidos en los consultorios externos del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, se procedió al ingreso de estas al programa Excel v.2017, así mismo se realizó la depuración de datos incongruentes.

Se procedió a codificar la información de acuerdo con la operacionalización de variables para obtener una base de datos. Luego de la creación de la base de datos, se ingresó al programa estadístico SPSS v.24 (IBM USA).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas mediante frecuencia y de las variables cuantitativas como medias, ambas con sus respectivas medidas de dispersión. Para las variables cuantitativas con distribución normal, se reportaron la media y desviación estándar y para las variables con distribución no normal, se reportaron la mediana y rangos intercuartílicos.

Para el test IIEF que mide 5 aspectos de la disfunción eréctil, solo se realizó el análisis del ítem función eréctil, por considerarse el más importante de la investigación.

Se utilizaron las técnicas respectivas para un análisis bivariado, usando el Test exacto de Fisher y el Chi Cuadrado.

RESULTADOS

Tabla Nro. 01

DISTRIBUCIÓN POR FUNCIÓN ERÉCTIL SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES Y ANTECEDENTES PRINCIPALES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO

		Función Eréctil								Total			
		Disfunción severa		Disfunción moderada		Disfunción leve a moderada		Disfunción leve				No Disfunción	
		n	%	n	%	N	%	n	%			n	%
Edad (a)	< 50 años	0	0,0%	0	0,0%	3	10,0%	4	13,3%	23	76,7%	30	100,0%
	> 50 años	8	10,8%	3	4,1%	17	23,0%	33	44,6%	13	17,6%	74	100,0%
Total		8	7,7%	3	2,9%	20	19,2%	37	35,6%	36	34,6%	104	100,0%
IMC (b)	Normal	3	18,8%	0	0,0%	9	56,3%	1	6,3%	3	18,8%	16	100,0%
	Sobrepeso	5	7,9%	2	3,2%	9	14,3%	27	42,9%	20	31,7%	63	100,0%
	Obesidad	0	0,0%	1	4,0%	2	8,0%	9	36,0%	13	52,0%	25	100,0%
Total		8	7,7%	3	2,9%	20	19,2%	37	35,6%	36	34,6%	104	100,0%
Consumo de cigarrillo (c)	No	5	6,3%	2	2,5%	15	19,0%	22	27,8%	35	44,3%	79	100,0%
	Si	3	12,0%	1	4,0%	5	20,0%	15	60,0%	1	4,0%	25	100,0%
	Total	8	7,7%	3	2,9%	20	19,2%	37	35,6%	36	34,6%	104	100,0%
Consumo de alcohol (d)	No	5	5,9%	2	2,4%	15	17,6%	30	35,3%	33	38,8%	85	100,0%
	Si	3	15,8%	1	5,3%	5	26,3%	7	36,8%	3	15,8%	19	100,0%
	Total	8	7,7%	3	2,9%	20	19,2%	37	35,6%	36	34,6%	104	100,0%
Cirugía (e)	No	3	3,2%	3	3,2%	20	21,5%	34	35,5%	33	35,5%	93	100,0%
	RTU-P	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%
	APTIV	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	100,0%
	Total	8	7,7%	3	2,9%	20	19,2%	37	35,6%	36	34,6%	104	100,0%

FUENTE: Ficha de recolección de datos y encuesta IIEF adaptada para el Perú.

(a) Test exacto de Fisher: 30,918	$p < 0,001$
(b) Test exacto de Fisher: 23,843	$p = 0,001$
(c) Test exacto de Fisher: 18,021	$p = 0,001$
(d) Test exacto de Fisher: 6,249	$p = 0,143$
(e) Test exacto de Fisher: 26,481	$p < 0,001$

INTERPRETACIÓN

En la primera parte de la tabla sobre la distribución de la función eréctil según edad de los pacientes, se puede apreciar que, del total de pacientes menores de 50 años, el 76,7% de ellos no presentan disfunción eréctil, mientras disfunción leve y leve-moderada, presentan el 13,3% y el 10,0% respectivamente. No se encontraron pacientes con disfunción eréctil moderada ni severa en este grupo de edad. Por otro lado, se puede apreciar que, del total de pacientes mayores de 50 años, el 34,6% no presentan disfunción eréctil, el 35,5% presentan disfunción eréctil leve, el 19,2% presentan disfunción leve a moderada, el 4,1% presentan disfunción moderada y el 10,8% presentan disfunción severa. Al aplicar la prueba estadística Test exacto de Fisher se obtuvo un valor $p < 0,001$, por lo tanto, la relación es estadísticamente significativa. En la segunda parte de la tabla sobre la distribución de la función eréctil según IMC de los pacientes, se puede apreciar que, del total de pacientes con un IMC normal, el 18,8% de ellos no presentan disfunción eréctil, el 6,3% presentan disfunción leve, el 56,3% presentan disfunción leve a moderada y el 18,8% presentan disfunción severa. No se encontraron pacientes con disfunción moderada en este grupo. Por otro lado, del total de pacientes con un IMC en sobrepeso, el 31,7% no presentan disfunción eréctil, el 42,9% presentan disfunción leve, el 14,3% presentan disfunción leve a moderada, el 3,2% presentan disfunción moderada y el 7,9% presentan disfunción severa. En cuanto a los pacientes con un IMC de obesidad, el 52,0% no presentan disfunción eréctil, el 36,0% presentan disfunción leve, el 8,0% presentan disfunción leve a moderada y el 4,0% presentan disfunción moderada. No se encontraron pacientes con disfunción eréctil severa en este grupo. Al aplicar la prueba estadística Test exacto de Fisher se obtuvo un valor $p = 0,001$,

por lo tanto, la relación es estadísticamente significativa. En la tercera parte de la tabla sobre la distribución de la función eréctil según consumo de cigarrillo en los pacientes, se puede apreciar que, del total de pacientes que refieren no haber fumado cigarrillos, el 44,3% no presentan disfunción eréctil, el 27,8% presentan disfunción leve, el 19,0% presentan disfunción leve a moderada, el 2,5% presentan disfunción moderada y el 6,3% presentan disfunción eréctil severa. En cuanto a los pacientes que si han fumado cigarrillos, se tiene que el 4,0% de estos no presentan disfunción eréctil, el 60,0% presentan disfunción leve, el 20,0% presentan disfunción leve a moderada, el 4,0% presentan disfunción moderada y el 12,0% presentan disfunción eréctil severa. Al aplicar la prueba estadística Test exacto de Fisher se obtuvo un valor $p = 0,001$, por lo tanto, la relación es estadísticamente significativa. En la cuarta parte de la tabla sobre la distribución de la función eréctil sobre consumo de alcohol, podemos apreciar que del total de los pacientes que no consumen alcohol, el 38,8% no presentan disfunción eréctil, el 35,3% presentan disfunción leve, el 17,6% presentan disfunción leve a moderada, el 2,4% presentan disfunción moderada y el 5,9% presentan disfunción severa. Por otro lado, del total de pacientes que, si consumen alcohol, el 15,8% no presentan disfunción eréctil, el 36,8% presentan disfunción leve, el 26,3% presentan disfunción leve a moderada, el 5,3% presentan disfunción moderada y el 15,8% presentan disfunción eréctil severa. Al aplicar la prueba estadística Test exacto de Fisher se obtuvo un valor $p = 0,143$, por lo tanto, la relación no es estadísticamente significativa. En la quinta parte de la tabla sobre la distribución de la función eréctil según antecedente de cirugía prostática en los pacientes, se puede apreciar que, del total de pacientes que no tienen antecedente de cirugía, el 35,5% no presentan disfunción eréctil, el 36,6% presentan disfunción leve, el 21,5% presentan disfunción leve a moderada, el 3,2% presentan disfunción moderada y el 3,2% presentan disfunción eréctil severa. En cuanto a los pacientes que han sido operados de resección transuretral de próstata, se tiene que el 50,0% de estos no presentan disfunción eréctil y el 50,0% restante presentan disfunción leve. No se encontraron pacientes con disfunción leve-moderada, moderada ni severa en este grupo. Por otro lado, en los pacientes con antecedente de haber sido operados de adenomectomía prostática transvesical, el

100,0% presentan eréctil severa. No se encontraron pacientes sin disfunción eréctil, ni pacientes con disfunción leve, leve-moderada ni moderada en este grupo. Al aplicar la prueba estadística Test exacto de Fisher se obtuvo un valor $p < 0,001$, por lo tanto, la relación es estadísticamente significativa, observándose mayor relación porcentual con la adenomectomía prostática transvesical.

Tabla Nro. 02

**DISTRIBUCIÓN POR FUNCIÓN ERÉCTIL SEGÚN ENFERMEDADES
CRÓNICA-DEGENERATIVAS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN
EL CONSULTORIO EXTERNO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN – TACNA, MARZO 2019**

		Función Eréctil								Total			
		Disfunción severa		Disfunción moderada		Disfunción leve a moderada		Disfunción leve				No Disfunción	
		n	%	n	%	n	%	n	%			n	%
DM2 (a)	No	8	9,4%	2	2,4%	13	15,3%	26	30,6%	36	42,4%	85	100,0%
	Si	0	0,0%	1	5,3%	7	36,8%	11	57,9%	0	0,0%	19	100,0%
Total		8	7,7%	3	2,9%	20	19,2%	37	35,6%	36	34,6%	104	100,0%
HTA (b)	No	6	6,6%	3	3,3%	18	19,8%	33	36,3%	31	34,1%	91	100,0%
	Si	2	15,4%	0	0,0%	2	15,4%	4	30,8%	5	38,5%	13	100,0%
Total		8	7,7%	3	2,9%	20	19,2%	37	35,6%	36	34,6%	104	100,0%
ERC (c)	No	8	8,2%	3	3,1%	18	18,4%	33	33,7%	36	36,7%	98	100,0%
	Si	0	0,0%	0	0,0%	2	33,3%	4	66,7%	0	0,0%	6	100,0%
Total		8	7,7%	3	2,9%	20	19,2%	37	35,6%	36	34,6%	104	100,0%
HBP (d)	No	1	1,3%	1	1,3%	6	8,0%	33	44,0%	34	45,3%	75	100,0%
	Si	7	24,1%	2	6,9%	14	48,3%	4	13,8%	2	6,9%	29	100,0%
Total		8	7,7%	3	2,9%	20	19,2%	37	35,6%	36	34,6%	104	100,0%
IC (e)	No	8	8,2%	2	2,1%	20	20,6%	34	35,1%	33	34,0%	97	100,0%
	Si	0	0,0%	1	14,3%	0	0,0%	3	42,9%	3	42,9%	7	100,0%
Total		8	7,7%	3	2,9%	20	19,2%	37	35,6%	36	34,6%	104	100,0%
Dislipidemia (f)	No	6	7,2%	1	1,2%	19	22,9%	27	32,5%	30	36,1%	83	100,0%
	Si	2	9,5%	2	9,5%	1	4,8%	10	47,6%	6	28,6%	21	100,0%
Total		8	7,7%	3	2,9%	20	19,2%	37	35,6%	36	34,6%	104	100,0%

FUENTE: Ficha de recolección de datos y encuesta IIEF adaptada para el Perú.

(a) Test exacto de Fisher: 19,989	$p < 0,001$
(b) Test exacto de Fisher: 1,828	$p = 0,772$
(c) Test exacto de Fisher: 5,163	$p = 0,231$
(d) Test exacto de Fisher: 45,989	$p < 0,001$
(e) Test exacto de Fisher: 4,696	$p = 0,290$
(f) Test exacto de Fisher: 8,042	$p = 0,067$

INTERPRETACION

En la primera parte de la tabla sobre la distribución de la función eréctil según antecedente de diabetes mellitus en los pacientes, se puede apreciar que, del total de pacientes que no tienen diabetes mellitus, el 42,4% no presentan disfunción eréctil, el 30,6% presentan disfunción leve, el 15,3% presentan disfunción leve a moderada, el 2,4% presentan disfunción moderada y el 9,4% presentan disfunción eréctil severa. En cuanto a los pacientes que, si tienen diabetes mellitus, se tiene que el 57,9% de estos presentan disfunción eréctil leve, el 36,8% presentan disfunción leve a moderada y el 5,3% presentan disfunción moderada. No se encontraron pacientes sin disfunción ni con disfunción eréctil severa en este grupo. Al aplicar la prueba estadística Test exacto de Fisher se obtuvo un valor $p < 0,001$, por lo tanto, la relación es estadísticamente significativa. En la segunda parte de la tabla sobre la distribución de la función eréctil según antecedente de hipertensión arterial en los pacientes, se puede apreciar que, del total de pacientes que no tienen hipertensión arterial, el 34,1% no presentan disfunción eréctil, el 36,3% presentan disfunción leve, el 19,8% presentan disfunción leve a moderada, el 3,3% presentan disfunción moderada y el 6,6% presentan disfunción eréctil severa. En cuanto a los pacientes que, si tienen hipertensión arterial, se tiene que el 38,5% de estos no presentan disfunción eréctil, el 30,8% presentan disfunción leve, el 15,4% presentan disfunción leve a moderada y el 15,4% presentan disfunción severa. No se encontraron pacientes con disfunción eréctil moderada en este grupo. Al aplicar la prueba estadística Test exacto de Fisher se obtuvo un valor $p = 0,772$, por lo tanto, la relación no es estadísticamente significativa. En la tercera parte de la tabla

sobre la distribución de la función eréctil según antecedente de enfermedad renal crónica en los pacientes, se puede apreciar que, del total de pacientes que no tienen esta enfermedad, el 36,7% no presentan disfunción eréctil, el 23,7% presentan disfunción leve, el 18,4% presenta disfunción leve a moderada, el 3,1% presentan disfunción moderada y el 8,2% presentan disfunción eréctil severa. En cuanto a los pacientes que si tienen antecedente de enfermedad renal crónica, se tiene que el 66,7% de estos presentan disfunción leve y el 33,3% presentan disfunción leve a moderada. No se encontraron pacientes sin disfunción eréctil ni pacientes con disfunción eréctil moderada ni severa. Al aplicar la prueba estadística Test exacto de Fisher se obtuvo un valor $p = 0,231$, por lo tanto, la relación no es estadísticamente significativa. En la cuarta parte de la tabla sobre la distribución de la función eréctil según antecedente de hiperplasia benigna de próstata en los pacientes, se puede apreciar que, del total de pacientes que no tienen hiperplasia benigna de próstata, el 45,3% no presentan disfunción eréctil, el 44,0% presentan disfunción leve, el 8,0% presenta disfunción leve a moderada, el 1,3% presentan disfunción moderada y el 1,3% presentan disfunción eréctil severa. En cuanto a los pacientes que si tienen hiperplasia benigna de próstata, se tiene que el 6,9% de estos pacientes no presentan disfunción eréctil, el 13,8% presentan disfunción leve, el 48,3% presentan disfunción leve a moderada, el 6,9% presentan disfunción moderada y el 24,1% presentan disfunción eréctil severa. Al aplicar la prueba estadística Test exacto de Fisher se obtuvo un valor $p < 0,001$, por lo tanto, la relación es estadísticamente significativa. En la quinta parte de la tabla sobre la distribución de la función eréctil según antecedente de insuficiencia cardíaca en los pacientes, se puede apreciar que, del total de pacientes que tienen esta enfermedad, el 34,0% no presentan disfunción eréctil, el 35,1% presentan disfunción leve, el 20,6% presentan disfunción leve a moderada, el 2,1% presentan disfunción moderada y el 8,2% presentan disfunción eréctil severa. En cuanto a los pacientes que si tienen el antecedente de insuficiencia cardíaca, se tiene que el 42,9% de estos no presentan disfunción eréctil, el 42,9% presentan disfunción leve y el 14,3% presentan disfunción eréctil moderada. No se encontraron pacientes con disfunción eréctil leve-moderada ni severa en este grupo. Al aplicar la prueba estadística Test

exacto de Fisher se obtuvo un valor $p = 0,290$, por lo tanto, la relación no es estadísticamente significativa. En la sexta parte de la tabla sobre la distribución de la función eréctil según antecedente de dislipidemia en los pacientes, se puede apreciar que, del total de pacientes que no tienen el antecedente de dislipidemia, el 36,1% no presentan disfunción eréctil, el 32,5% presentan disfunción leve, el 22,9% presentan disfunción leve a moderada, el 1,2% presentan disfunción moderada y el 7,2% presentan disfunción eréctil severa. En cuanto a los pacientes que si tienen antecedente de dislipidemia, se tiene que el 28,6% de estos no presentan disfunción eréctil, el 47,6% presentan disfunción leve, el 4,8% presentan disfunción leve a moderada, el 9,5% presentan disfunción moderada y el 9,5% presentan disfunción eréctil severa. Al aplicar la prueba estadística Test exacto de Fisher se obtuvo un valor $p = 0,067$, por lo tanto, la relación no es estadísticamente significativa.

Tabla Nro. 03

DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA DE LOS DATOS GENERALES Y ANTECEDENTES PRINCIPALES DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO

CARACTERÍSTICAS GENERALES	n	%
EDAD		
Menos de 50 años	7	10,3
Más de 50 años	61	89,7
ÍNDICE DE MASA CORPORAL		
Normal	13	19,1
Sobrepeso	43	63,2
Obesidad	12	17,6
CONSUMO DE CIGARRILLO		
No	44	64,7
Si	24	35,3
TIEMPO DE CONSUMO DE CIGARRILLO		
Menos de 10 años	50	73,5
Más de 10 años	18	26,5
CONSUMO DE ALCOHOL		
No	52	76,5
Si	16	23,5
TIEMPO DE CONSUMO DE ALCOHOL		
Menos de 10 años	54	79,4
Más de 10 años	14	20,6
USO DE INHIBIDOR DE PDE-5		
No	60 *(84)	88,2 *(80,8)
Si	8 *(21)	11,8 *(19,2)
RECETADO POR		
Médico	2 *(6)	25,0 *(28,6)
Farmacéutico	1 *(1)	12,5 *(4,8)
Amistad/Familiar	0 *(0)	0,0 *(0,0)
Automedicado	5 *(14)	62,5 *(66,6)
CIRUGÍA		
No	60	88,2
RTU – P	3	4,4
APTV	5	7,4

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Mediana de la edad (Población encuestada): 58 (47-66) años

*Valores y porcentajes para la población total encuestada

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla se puede apreciar la distribución de los datos generales y los antecedentes más importantes en los pacientes con disfunción eréctil donde el 89,7% de los pacientes tienen una edad mayor a 50 años. En cuanto al IMC de los pacientes, el 63,2% presenta sobrepeso, mientras que el 17,6% presenta obesidad, no se encontraron pacientes con delgadez. En cuanto al antecedente de uso de cigarrillo, el 35,3% refiere haber consumido cigarrillo, y de estos pacientes, 26,5% lo consumió por más de 10 años. En relación con la ingesta de alcohol el 23,5% refiere haber tomado alcohol, y de estos pacientes, el 20,6% lo consumió por más de 10 años. En relación con el antecedente de cirugía prostática, el 4,4% fue operado de resección transuretral de la próstata (RTU-P), mientras que el 7,4% fue operado de adenomectomía prostática transvesical (APTIV). En cuanto al antecedente de uso de un inhibidor de PDE-5, el 11,8% refiere haber usado estos medicamentos, al menos una vez en su vida, y de estos pacientes, el 25,0% fue recetado por un médico, mientras que el 62,5% fue automedicado. Para la población total encuestada, el 19,2% refiere haber usado estos medicamentos, al menos una vez en su vida, y de estos pacientes, el 28,6% fue recetado por un médico, mientras que el 66,6% fue automedicado. Al encontrarse la edad en una distribución no normal, se halló la mediana de la edad de la población encuestada en 58 años.

Tabla Nro. 04

DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE UROLOGÍA

ENFERMEDADES CRÓNICAS	N	%
DIABETES		
No	49	72,1
Si	19	27,9
TIEMPO DE DIABETES		
Menos de 10 años	12	63,2
Más de 10 años	7	36,8
HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
No	60	88,2
Si	8	11,8
TIEMPO DE HTA		
Menos de 10 años	3	37,5
Más de 10 años	5	62,5
ERC		
No	62	91,2
Si	6	8,8
TIEMPO DE ERC		
Menos de 10 años	6	100,0
Más de 10 años	0	0
HBP		
No	41	60,3
Si	27	39,7
TIEMPO DE HBP		
Menos de 10 años	26	96,3
Más de 10 años	1	3,7
INSUFICIENCIA CARDIACA		
No	64	94,1
Si	4	5,9
TIEMPO DE IC		
Menos de 10 años	4	100,0
Más de 10 años	0	0,0
DISLIPIDEMIA		
No	53	77,9
Si	15	22,1
TIEMPO DE DISLIPIDEMIA		
Menos de 10	13	86,6
Más de 10	2	3,4

Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se puede apreciar la distribución de las enfermedades crónicas y tiempo de enfermedad, donde el 27,9% de los pacientes presentan diabetes mellitus, y de estos pacientes, el 36,8% tienen un tiempo de enfermedad mayor a 10 años. Por otro lado, el 11,8% de los pacientes presentan hipertensión arterial, y de estos pacientes, el 62,5% tienen un tiempo de enfermedad mayor a 10 años. En cuanto a enfermedad renal crónica, el 8,8% de los pacientes si presentan esta patología y el 100% tienen un tiempo de enfermedad menor a 10 años. Por otro lado, el 39,7% de los pacientes presentan hiperplasia benigna de próstata, y de estos pacientes, el 3,7% tienen un tiempo de enfermedad mayor a 10 años. En cuanto a antecedente de insuficiencia cardíaca, el 5,9% presentan esta enfermedad y el 100% tienen un tiempo de enfermedad menor de 10 años. Por otro lado, el 22,1% de los pacientes presentan antecedente de dislipidemia, y de estos pacientes, el 3,4% tienen un tiempo de enfermedad mayor a 10 años.

Tabla Nro. 05

DISTRIBUCIÓN POR FRECUENCIA DEL GRADO DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION – TACNA, MARZO 2019

FUNCIÓN ERÉCTIL	n	%
DISFUNCIÓN ERÉCTIL SEVERA	8	7,7
DISFUNCIÓN ERÉCTIL MODERADA	3	2,9
DISFUNCIÓN ERÉCTIL LEVE A MODERADA	20	19,2
DISFUNCIÓN ERÉCTIL LEVE	37	35,6
NO DISFUNCIÓN ERÉCTIL	36	34,6
TOTAL	104	100.0

Fuente: Cuestionario IIEF adaptado para el Perú.

Mediana: 22 (18-27) puntos

INTERPRETACIÓN

En la presenta tabla se observa la distribución de la esfera de función eréctil del cuestionario IIEF, donde el 34,6% de los pacientes no presentan disfunción eréctil y el 65,4% si presentan algún grado de disfunción eréctil, de estos, el 35,6% de los pacientes presentan disfunción eréctil leve, el 19,2% los pacientes presentan disfunción eréctil de leve a moderada, el 2,9% de los pacientes presentan disfunción eréctil moderada y el 7,7% de los pacientes presentan disfunción eréctil severa. La mediana del puntaje obtenido en la esfera de función eréctil es de 22 puntos.

Tabla Nro. 06

DISTRIBUCIÓN POR FUNCIÓN ERÉCTIL SEGÚN TIEMPO DE CONSUMO DE CIGARRILLO, TIEMPO DE DIABETES MELLITUS Y TIEMPO DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – TACNA, MARZO 2019

		Función Eréctil											
		Disfunción severa		Disfunción moderada		Disfunción leve a moderada		Disfunción leve		No Disfunción		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Tiempo de consumo cigarrillo (años) (a)	<10	3	50,0%	0	0,0%	3	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%
	>10	0	0,0%	1	5,3%	2	10,5%	15	78,9%	1	5,3%	19	100,0%
	Total	3	12,0%	1	4,0%	5	20,0%	15	60,0%	1	4,0%	25	100,0%
Tiempo de DM (años) (b)	<10	0	0,0%	1	4,9%	4	27,9%	7	44,0%	0	0,0%	12	100,0%
	>10	0	0,0%	0	0,0%	3	42,9%	4	57,1%	0	0,0%	7	100,0%
	Total	0	0,0%	1	5,3%	7	36,8%	11	57,9%	0	0,0%	19	100,0%
Tiempo de HBP (años) (c)	<10	7	25,0%	2	7,1%	14	50,0%	3	10,7%	2	7,1%	28	100,0%
	>10	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
	Total	7	24,1%	2	6,9%	14	48,3%	4	13,8%	2	6,9%	29	100,0%

FUENTE: Ficha de recolección de datos y encuesta IIEF adaptada para el Perú.

(a) **Test exacto de Fisher:** 16,821 *p* = 0,001

(b) **Chi-cuadrado:** 0,693 *p* = 0,707

(c) **Test exacto de Fisher:** 6,230 *p* = 0,276

INTERPRETACION

En la primera parte de la tabla sobre la distribución de la función eréctil según tiempo de consumo de cigarrillo en los pacientes, se puede apreciar que, del total de pacientes que tienen un tiempo de consumo menor a 10 años, el 50,0% presentan disfunción eréctil leve a moderada y el 50,0% restante disfunción severa. No se encontró pacientes sin disfunción eréctil ni pacientes con disfunción leve ni moderada. En cuanto a los pacientes que tienen un tiempo de consumo mayor a 10 años, se tiene que el 5,3% de estos no presentan disfunción eréctil, el 78,9% presentan disfunción leve, el 10,5% presentan disfunción leve a moderada y el 5,3% presentan disfunción moderada. No se encontró pacientes con disfunción severa en este grupo. Al aplicar la prueba estadística Test exacto de Fisher se obtuvo un valor $p = 0,001$, por lo tanto, la relación es estadísticamente significativa. En la segunda parte de la tabla sobre la distribución de la función eréctil tiempo de enfermedad de diabetes mellitus en los pacientes, se puede apreciar que, del total de pacientes que tienen un tiempo de enfermedad menor a 10 años, el 44,0% presentan disfunción eréctil leve, el 27,9% presentan disfunción leve-moderada, el 4,9% presentan disfunción moderada. No se encontraron pacientes sin disfunción eréctil ni pacientes con disfunción moderada ni severa. En cuanto a los pacientes que tienen un tiempo de enfermedad mayor a 10 años, se tiene que el 57,1% de estos presentan disfunción eréctil leve, el 42,9% presentan disfunción leve-moderada. No se encontraron en este grupo pacientes sin disfunción eréctil ni disfunción moderada y severa. No se pudo aplicar la prueba estadística Test exacto de Fisher por no contar con los datos necesario, por lo tanto, se aplicó Chi-cuadrado aún no siendo una prueba óptima para estas variables, obteniendo un valor $p = 0,707$, por lo tanto, la relación no es estadísticamente significativa. En la tercera parte de la tabla sobre la distribución de la función eréctil según tiempo de enfermedad de hiperplasia benigna de próstata en los pacientes, se puede apreciar que, del total de pacientes que tienen un tiempo de enfermedad menor a 10 años, el 7,1% no presentan disfunción eréctil, el 10,7% presentan disfunción leve, el 50,0% presentan disfunción leve a moderada, el 7,1% presentan disfunción moderada y el 25,0% presentan disfunción eréctil severa. En cuanto a los pacientes que tienen un tiempo

de enfermedad mayor a 10 años, se tiene que el 100,0% de estos presentan disfunción eréctil leve. No se encontró pacientes sin disfunción eréctil ni pacientes con disfunción leve-moderada, moderada ni severa en este grupo. Al aplicar la prueba estadística Test exacto de Fisher se obtuvo un valor $p = 0,276$, por lo tanto, la relación no es estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

En cuanto a la relación entre características generales y enfermedades crónico-degenerativas con la presencia de disfunción eréctil, se encontró que la edad mayor a 50 años, la presencia de sobrepeso u obesidad, el antecedente de consumo de cigarrillo, el antecedente de cirugía prostática, la presencia de diabetes mellitus y de hiperplasia benigna de próstata si se encuentran relacionadas estadísticamente significativa con la presencia de disfunción eréctil, tal como lo indica Diosdado Figueiredo et al.(19) que encontró que la edad, dislipidemia e hiperplasia benigna de próstata se relacionan con disfunción eréctil, Elías Calles et al(22) encontraron que un IMC, glicemia, colesterol y triglicéridos altos se relacionan con un mayor grado de disfunción eréctil, Nuri Gorgel et al.(24) en su estudio concluyen que el tabaquismo y la obesidad tienen una relación estadísticamente significativa con la disfunción eréctil, tal como este estudio encontró como resultados. Diaz Amanca(27) encontró en su tesis que la edad es el único factor relacionado a disfunción eréctil. Por otro lado, este trabajo no encontró relación significativa con el antecedente de consumo de alcohol, de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca ni de dislipidemia. Arias Altamar et al.(23) encontró relación con la diabetes mellitus y la edad, mientras que la hipertensión arterial, la obesidad no mostraron relación estadísticamente significativa. Chaman Rodriguez(26) encontró relación de la edad y diabetes mellitus con la disfunción eréctil, y no encontró relación con la hipertensión arterial e hiperplasia benigna de próstata.

Del grupo de pacientes con disfunción eréctil, el 89,7% tienen una edad mayor a 50 años, el 80,9% tienen sobrepeso u obesidad, el 35,3% refieren haber consumido cigarrillo, el 23,5% refieren consumo de alcohol, el 88,2% no tienen antecedente de cirugía prostática, y dentro de las comorbilidades las más frecuentes fueron la hiperplasia benigna de próstata con un 39,7%, seguido de diabetes mellitus con el 27,9% y la dislipidemia en un 22,1%. Según las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con disfunción eréctil se tiene que el 61,6% de los

pacientes hipertensos tenían disfunción eréctil, esto se correlacionan con los estudios de Diosdado Figueiredo et al.(19) que encontró que el 46,1% presentaban disfunción eréctil, con los estudio de Folgar Contreras et al.(20) encontrando una frecuencia de 58%, y con los estudios de Arias Altamar et al.(23) que menciona una frecuencia de 58%. El 100% de los pacientes con enfermedad renal crónica presentaron disfunción eréctil, mientras que Arizaga Jimenez(28) encontró que el 96,95% presentaban disfunción eréctil, existiendo correlación aún debido a que la población estudiada por Arizaga Jimenez estaba formada por pacientes con insuficiencia renal crónica estadio 5. De los pacientes que consumían cigarrillo, se encontró que el 96,0% presentaban disfunción eréctil, Lopez Morales et al.(25) encontró un 66,6% de disfunción eréctil en pacientes con antecedente de tabaco, siendo este valor menor al encontrado en este estudio, pero igualmente alto, de igual manera encontró que el 50% de los pacientes con diabetes mellitus tenían algún grado de disfunción eréctil, mientras que este estudio encontró que el 100% de los pacientes tenían disfunción eréctil. El 57,1% de los pacientes con insuficiencia cardíaca tenían también disfunción eréctil, Santibañez C. et al(21) encontró una frecuencia de 80,1% siendo un valor más alto que el presente estudio.

Según las características generales se encontró que la mediana de la edad de la población estudiada fue de 58 años, siendo similar a los datos encontrados en los estudios de Diosdado Figueiredo et al.(19) que mencionan una media de 65,84 años, así como en el estudio de Elías Calles et al.(22) encontrando una media de 56,85 años, Arias Altamar et al.(23) refiere una media de 60 años en su estudio e igualmente Arizaga Jiménez(28) reportó una media de 59,48 años.

El 65,4% de los pacientes presentaron disfunción eréctil según el test IIEF realizado en el estudio, Diaz Amanca(27) encontró una frecuencia de disfunción eréctil de 76%, Pineda Sanchez(30) encontró una frecuencia de disfunción eréctil de 17,6%, siendo un valor mucho más bajo comparado a esta investigación, esto probablemente debido a las características de esa población estudiada.

En relación con el grado de disfunción eréctil, se encontró que el grado leve de disfunción leve fue de 35,6%, seguido de 19,2% para la disfunción leve a moderada,

disfunción moderada 2,9% y disfunción severa en el 7,7%. Diosdado Figueiredo et al.(19) encontraron que la disfunción eréctil de grado severo fue el más prevalente contrastando con los resultados de este estudio, de igual manera, Elías Calles et al.(22) encontró una mayor prevalencia en los grados moderados y severos, con un 45% y 39% respectivamente. Diaz Amanca(27) encontró que la disfunción leve era un 32%, moderado 32% y severa 12%. Arizaga Jiménez(28) encontró en su estudio que la frecuencia de disfunción leve fue menor que este estudio (26,73%), mientras que los grados leve-moderada, moderada y severa tuvieron frecuencias más altas (22,90%, 23,66% y 23,66 respectivamente) y finalmente Pineda Sanchez(30) encontró una frecuencia de disfunción leve del 6,4%, un valor mucho más bajo que el encontrado en este estudio, de 10,4% y 0,8% de disfunción moderada y severa respectivamente, siendo frecuencias discordantes con este estudio.

En cuanto a la relación del tiempo de enfermedad con la presencia de disfunción eréctil se encontró una relación estadísticamente significativa con un tiempo de consumo de cigarrillo mayor a 10 años ($p=0,001$). Para tiempo de enfermedad mayor a 10 años en la diabetes mellitus no se pudo hallar el test exacto de Fisher por falta de valores, pero resultó estadísticamente no significativa por Chi cuadrado y, para el tiempo de enfermedad de hiperplasia benigna de próstata mayor a 10 años no se encontró relación ($p=0,276$). Lopez Morales et al.(25) no encontró relación entre el tiempo de enfermedad de la diabetes mellitus y la presencia de disfunción eréctil ($p=0.080$), lo que concuerda con este estudio.

CONCLUSIONES

1. Se encontró relación estadísticamente significativa entre la presencia de disfunción eréctil y la edad mayor a 50 años, la presencia de sobrepeso u obesidad, el antecedente de consumo de cigarrillo, el antecedente de cirugía prostática, la presencia de diabetes mellitus y de hiperplasia benigna de próstata. Mientras que no se encontró relación estadísticamente significativa con el antecedente de consumo de alcohol, la presencia de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca ni la presencia de dislipidemia.
2. En todas las comorbilidades la frecuencia de disfunción eréctil fue elevada, siendo la disfunción eréctil leve fue la más frecuente, excepto en la hiperplasia benigna de próstata, donde la más frecuente la disfunción eréctil leve-moderada. Del grupo de pacientes con disfunción eréctil, la edad mayor a 50 años, el antecedente de no cirugía prostática y la presencia de sobrepeso y obesidad fueron los antecedentes más frecuentes y dentro de las comorbilidades las más frecuentes fueron la hiperplasia benigna de próstata, seguido de la diabetes mellitus y la dislipidemia.
3. La incidencia de disfunción eréctil en los pacientes atendidos en el consultorio externo de urología del hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna, durante el periodo del 1 de marzo al 18 de marzo del 2019 fue del 65,4%.
4. De los pacientes atendidos con disfunción eréctil, la mayor frecuencia de pacientes presentaba disfunción eréctil leve en un 35,6%, seguido de disfunción eréctil leve-moderada con un 19,2%.

5. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de consumo de tabaco con la presencia de disfunción eréctil. Para el tiempo de enfermedad de diabetes mellitus y de hiperplasia benigna de próstata, no se encontró relación estadísticamente significativa.

RECOMENDACIONES

1. Realizar futuras investigaciones que abarquen mayor cantidad de población y/o mayor periodo de tiempo, que incluyan otras comorbilidades como por ejemplo patología tiroidea, factores psicológicos, uso de antihipertensivos o ansiolíticos, para así poder corroborar la relación con la presencia de disfunción eréctil.
2. Realizar campañas de despistaje de disfunción eréctil en la población mediante la realización de encuestas validadas, focalizándose en la población susceptible de sufrir de disfunción eréctil, para así poder ser debidamente derivados a profesionales especialistas en el tema y tratados efectivamente.
3. Realizar charlas informativas sobre disfunción eréctil en la población susceptible para que tengan conocimientos sobre la enfermedad, sus complicaciones y consecuencias, para que la población esté concientizada y así busquen ayuda profesional cuando presenten síntomas de la enfermedad.
4. Se recomienda incluir en el petitorio de EsSalud inhibidores de PDE-5 como tratamiento para la disfunción eréctil, para así fomentar el uso racional de estos medicamentos, debidamente recetados por médicos especialistas en el tema para evitar la automedicación y el abuso de estos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud. Disfunción sexual: Guía de diagnóstico y manejo. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 22 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia09.pdf>
2. Wespes E, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, et al. Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz. European Association of Urology. 2010. p.843- 900.
3. CADIME. Tratamiento de la disfunción eréctil: ¿Qué se puede hacer? Bol Ter Andal. 1995; 11(5).
4. Llisterri Caro JL, Sánchez Sánchez F, Brotons Muntó F. Disfunción sexual en la hipertensión arterial. Hipertens Riesgo Vasc. 2005;22(2):59-72.
5. Cabello Santamaría F. Aspectos psicosociales del manejo de la disfunción eréctil: Hábitos tóxicos y estilo de vida. La pareja en la disfunción eréctil. Psicoterapia y terapia de pareja. Arch Esp Urol Ed Impresa. 2010;63(8).
6. López-Torres Hidalgo J. La detección de las disfunciones sexuales en Atención Primaria. Aten Primaria. 1 de septiembre de 2012;44(9):525-6.
7. Padilla MR. LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2006;23(3).
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition. American Psychiatric Association; 2013 [citado 1 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>

9. Elías Calles LC, Licea Puig ME. Disfunción sexual eréctil y diabetes mellitus: Aspectos etiopatogénicos. Rev Cuba Endocrinol. agosto de 2003;14(2).
10. Bravo CS, Morales Carmona F, Pimentel Nieto D, Carreño Meléndez J, Guerra Rivera G. Disfunción sexual masculina y calidad de la comunicación marital. Un estudio comparativo. Perinatol Reprod Hum. 2002;16(1):16-25.
11. OMS | Salud sexual [Internet]. WHO. [citado 28 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
12. Rubio E, Diaz J. Antología de la Sexualidad Humana. Las disfunciones sexuales. CONAPO. México, D.F. 1994. p. 203-46 [Internet]. [citado 28 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_2_60-303.pdf
13. Torres Zamudio C. Insuficiencia Renal Crónica. Rev Med Hered. 2003;14(1).
14. Reyes Naranjo E. HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA. 2013; 70(606);269-72.
15. Tabaco [Internet]. [citado 28 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/tabaco>
16. Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez MM. El alcoholismo, consecuencias y prevención. Rev Cubana Invest Biomed. 2003; 22(1):25-31.
17. Soca PEM. Dislipidemias. ACIMED. 2009;20(6):265-73.

18. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008). *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(12):1329.e1-1329.e70.
19. Diosdado Figueiredo M, Balboa Barreiro V, Pértega Diaz S, Seoane Pillado T, Pita Fernández S, Chantada Abal V. Disfunción eréctil en pacientes con hipertensión arterial. Riesgo cardiovascular e impacto en su calidad de vida. *Med Clínica*. 2019;152(6):209-15.
20. Folgar Contreras MJ, Rodriguez MR, Pastrana Gonzales KS. DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN POBLACIÓN GERIÁTRICA MASCULINA CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TEGUCIGALPA HONDURAS. *Rev Cient Cienc Méd*. 2018;21(1):60-3.
21. Santibáñez C, Anchique C, Herdy A, Zeballos C, González G, Fernández R, et al. Prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en pacientes con indicación de rehabilitación cardíaca. *Rev Chil Cardiol*. 2016;35(3):216-21.
22. Elías Calles LC, Calero Ricardo JL, Domínguez YA. People with erectile dysfunction treated in the consultation of Andrology, Institute of Endocrinology of Cuba, 2009-2012. *Rev Costarric Salud Pública*. diciembre de 2015;24(2):100-14.
23. Arias Altamar CM, Cuello Torres OA, Mendoza Castillo CH, Montes Ramos S, Yepes Barreto IJ. Prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo asociados a disfunción eréctil en pacientes hipertensos del Hospital Universitario del Caribe de Cartagena en 2013. *Urol Colomb*. 2014;23(2):109-12.
24. Gorgel SN, Gorgel A, Sefik E, Gorgel SN, Gorgel A, Sefik E. Sexual Function in Male Patients with Metabolic Syndrome and Effective Parameters on Erectile Dysfunction. *Int Braz J Urol*. 2014;40(1):56-61.

25. Lopez Morales CM, Heredia ME, Gonzales R, Rosales E. Disfunción eréctil en portadores de diabetes mellitus tipo 2 en edad productiva. *Rev méd Chile*. 2013;141(12):1555-59.
26. Chaman Rodríguez LE. Factores asociados a disfunción sexual en pacientes varones que acuden por consulta externa de medicina interna [Tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
27. Diaz Amanca AE. FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2014 [Tesis]. Arequipa: Univ Católica St María; 2014.
28. Arizaga Jimenez A, JF. FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ESTADIO 5 EN HEMODIÁLISIS ESSALUD-AREQUIPA [Tesis]. Arequipa: Univ Católica St María; 2014.
29. Acuña Castañeda JG. Factores asociados a disfunción eréctil en pacientes post prostatectomía radical por cáncer prostático durante el periodo 2011 al 2013 en el Hospital Militar Central [Tesis]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2014.
30. Pineda Sanchez J. Tamizaje epidemiológico de disfunción eréctil en población de varones de 18 a 50 años de edad de la ciudad de Tacna 2014 [Tesis]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2014.
31. LLanes Betancourt C. La sexualidad en el adulto mayor. *Rev Cuba Enferm*. 2013;29(3):223-232.
32. Wespes E, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, et al. Disfunción sexual masculina: Disfunción eréctil y eyaculación precoz. *Eur Urol*. 2006;49(5):806-15.

33. Gueglio G. Disfunción sexual masculina. Rev. Hosp. Ital. B.Aires. 2005;25(2):58-64.
34. Giménez Serrano S. Disfunción eréctil. Tratamiento. Farm Prof. 2003;17(6):5-83.
35. Rosen RC, Cappelleri JC, Gendrano N. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. Int J Impot Res. 2002;14(4):226-44.
36. Fried R. Chapter 2 - Measuring and Evaluating Function, Impairment, and Change with Intervention. En: Fried R, editor. Erectile Dysfunction As a Cardiovascular Impairment [Internet]. Boston: Academic Press; 2014 [citado 4 de marzo de 2019]. p. 27-75. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780124200463000020>
37. Ceballos M del P, Álvarez Villarraga JD, Silva Herrera JM, Uribe JF, Mantilla D. Guía de disfunción eréctil. Sociedad Colombiana de Urología. Urol Colomb. 2015;24(3):1-32.
38. Disfunción eréctil - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. [citado 1 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/erectile-dysfunction/diagnosis-treatment/drc-20355782>
39. DeCS Server - Anamnesis [Internet]. [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
40. DeCS Server - Comorbilidad [Internet]. [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
41. DeCS Server - Disfunción eréctil [Internet]. [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>

42. Zegarra L, Loza C, Pérez V. VALIDACIÓN PSICOMÉTRICA DEL INSTRUMENTO ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PERÚ. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(3):477-83.

ANEXOS

ANEXO 01 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ENCUESTA

ENCUESTA A PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRION TACNA

Estimado paciente, la presente es una encuesta anónima que es parte de un trabajo de investigación universitario. Los datos que Ud. brinde son totalmente confidenciales y serán únicamente usados para el trabajo titulado “CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN - TACNA, MARZO 2019”.

Al llenar los datos de la encuesta Ud. brinda su consentimiento para participar de la investigación.

DATOS GENERALES Y ANTECEDENTES

Edad:	Peso:	Talla:	
Uso de cigarrillo:	(SI)/(NO)	Tiempo:	años
Consumo de alcohol:	(SI)/(NO)	Tiempo:	años
Antecedente de cirugía prostática:		RTU-P: (SI)/(NO)	
		APTV: (SI)/(NO)	
Antecedente de uso de Inh. PDE-5:		(SI)/(NO)	
	Recetado por:	Médico: (SI)/(NO)	
		Farmacéutico: (SI)/(NO)	
		Familiar/Amistad: (SI)/(NO)	
		Automedicado: (SI)/(NO)	

COMORBILIDADES

DM2:	(SI)(NO)	Tiempo:	años
HTA:	(SI)(NO)	Tiempo:	años
ERC:	(SI)/(NO)	Tiempo:	años
HBP:	(SI)/(NO)	Tiempo:	años
Insuficiencia cardíaca:	(SI)/(NO)	Tiempo:	años
Dislipidemia:	(SI)/(NO)	Tiempo:	años

La participación en la presente encuesta es voluntaria.

Favor de marcar el número al cual Ud. se sienta más identificado.

The International Index of Erectile Function (IIEF)

Durante las últimos 4 semanas:

1. ¿Con que frecuencia puede lograr usted una erección durante la actividad sexual?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Casi nunca o nunca
- (2) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- (3) Algunas veces (Más o menos la mitad de las veces)
- (4) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- (5) Casi siempre o siempre

2. Cuando usted ha tenido erecciones con estimulación sexual; ¿cuán frecuentemente fueron lo suficientemente duras para la penetración?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Casi nunca o nunca
- (2) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- (3) Algunas veces (Más o menos la mitad de las veces)
- (4) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- (5) Casi siempre o siempre

3. ¿Cuántas veces le ha sido posible penetrar a su pareja cuando usted ha intentado tener relaciones sexuales?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Casi nunca o nunca
- (2) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- (3) Algunas veces (Más o menos la mitad de las veces)
- (4) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)

- (5) Casi siempre o siempre

4. ¿Cuántas veces fue usted capaz de mantener una erección una vez que penetró a su pareja?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Casi nunca o nunca
- (2) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- (3) Algunas veces (Más o menos la mitad de las veces)
- (4) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- (5) Casi siempre o siempre

5. Durante las relaciones sexuales, ¿qué tan difícil le fue a usted mantener su erección hasta finalizar o acabar el coito?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Extremadamente difícil
- (2) Muy difícil
- (3) Difícil
- (4) Ligeramente difícil
- (5) No fue difícil

6. ¿Cuántas veces ha intentado usted tener relaciones sexuales?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) 1-2
- (2) 3-4
- (3) 5-6
- (4) 7-10
- (5) 11 a más

7. Cuando intentó usted tener relaciones sexuales, ¿cuántas veces le resultó satisfactorio?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Casi nunca o nunca
- (2) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

- (3) Algunas veces (Más o menos la mitad de las veces)
- (4) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- (5) Casi siempre o siempre

8. ¿Cuánto placer le produjo la relación sexual?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Sin placer
- (2) Casi sin placer
- (3) Moderadamente placentero
- (4) Muy placentero
- (5) Extremadamente placentero

9. Cuando usted tuvo estimulación sexual o relaciones sexuales, ¿cuántas veces eyaculó?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Casi nunca o nunca
- (2) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- (3) Algunas veces (Más o menos la mitad de las veces)
- (4) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- (5) Casi siempre o siempre

10. Cuando usted tuvo estimulación sexual o relaciones sexuales; ¿qué tan seguido tuvo un orgasmo?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Casi nunca o nunca
- (2) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- (3) Algunas veces (Más o menos la mitad de las veces)
- (4) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- (5) Casi siempre o siempre

11. ¿Qué tan seguido tuvo usted deseos sexuales?

- (0) No tengo actividad sexual
- (1) Casi nunca o nunca
- (2) Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- (3) Algunas veces (Más o menos la mitad de las veces)
- (4) La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- (5) Casi siempre o siempre

12. ¿Cómo calificaría usted su nivel de deseo sexual?

- (1) Muy bajo o ninguno
- (2) Bajo
- (3) Moderado
- (4) Alto
- (5) Muy alto

13. ¿Cuán satisfecho está usted con su vida sexual?

- (1) Muy descontento
- (2) Moderadamente descontento
- (3) Satisfecho y descontento a la vez
- (4) Moderadamente satisfecho
- (5) Muy satisfecho

14. ¿Cuán satisfactoria ha sido la relación sexual con su pareja?

- (1) Muy descontento
- (2) Moderadamente descontento
- (3) Satisfecho y descontento a la vez
- (4) Moderadamente satisfecho
- (5) Muy satisfecho

15. ¿Cómo califica usted su seguridad de tener una erección?

- (1) Muy bajo o ninguno
- (2) Bajo
- (3) Moderado
- (4) Alto
- (5) Muy alto

Gracias por su colaboración.

ANEXO 02 INTERPRETACIÓN DEL IIEF

Función eréctil

No disfunción:	25–30 ptos.
Leve:	19–24 ptos.
Leve a moderada:	13–18 ptos.
Moderado:	7-12 ptos.
Severo:	0-6 ptos

Función orgásmica

No disfunción:	25–30 ptos.
Leve:	19–24 ptos.
Leve a moderada:	13–18 ptos.
Moderado:	7-12 ptos.
Severo:	0-6 ptos

Deseo sexual

No disfunción:	25–30 ptos.
Leve:	19–24 ptos.

Leve a moderada:	13–18 ptos.
Moderado:	7-12 ptos.
Severo:	0-6 ptos

Satisfacción coital

No disfunción:	25–30 ptos.
Leve:	19–24 ptos.
Leve a moderada:	13–18 ptos.
Moderado:	7-12 ptos
Severo:	0-6 ptos

Satisfacción general

No disfunción:	25–30 ptos.
Leve:	19–24 ptos.
Leve a moderada:	13–18 ptos.
Moderado:	7-12 ptos.
Severo:	0-6 ptos