

HOSPITAL GENERAL DOCENTE "LEOPOLDITO MARTÍNEZ". SAN JOSÉ DE LAS LAJAS

PESQUISA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN TRABAJADORES DE ETECSA

Dr. Generoso Torres Fuentes¹, Dra. Belkis Brito Herrera²

1. Especialista de I grado en Urología. Profesor Asistente. Master en Longevidad Satisfactoria.
2. Especialista de I grado en MGI y Pediatría. Profesor Instructor. Master en Atención Integral al Niño.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal en 78 trabajadores que laboran en La Gerencia ETECSA, ubicada en San José de las Lajas, La Habana, en el período comprendido desde julio hasta septiembre del 2008, con el objetivo de determinar la existencia de disfunción eréctil en los mismos. Se realizó la entrevista en el departamento de enfermería de dicha empresa, donde se plasmaron los datos personales del entrevistado, los antecedentes patológicos personales y los hábitos tóxicos, se le aplicó el Índice Internacional de Función Eréctil Abreviado para analizar si presentaban disfunción eréctil y en caso de existir clasificar la misma. El 39,74 % de los hombres entrevistados están comprendidos entre los 31 y 40 años de edad, la hipertensión arterial fue el antecedente patológico personal que predominó con el 33,33 % y el 8,97 % de los pacientes presentó disfunción eréctil ligera.

Descriptores DeCS: **DISFUNCIÓN ERÉCTIL; TRABAJADORES**

INTRODUCCIÓN

La erección es el resultado de un complejo proceso que involucra los vasos sanguíneos y el sistema nervioso. La anatomía del pene está especialmente diseñada para responder este proceso.

En el hombre, la erección se produce por congestión de los vasos sanguíneos del pene, se expanden los vasos peneales y se cierran los canales venosos especiales. La sangre queda

encerrada en “cavernas” especiales, y este mecanismo, básicamente hidráulico, agranda el órgano. El sistema nervioso autónomo interviene en esta reacción: los nervios parasimpáticos producen la dilatación de las arteriolas, en tanto que los simpáticos controlan probablemente el cierre de las válvulas venosas, el orgasmo en el hombre es una reacción diferente y consta de la emisión que los hombres perciben como una sensación de eyaculación inevitable y la eyaculación que son contracciones de 0.8 segundos de duración de los músculos estriados situados en la base del pene: el bulbo cavernoso y el isquio – cavernoso. ¹

Normalmente por efecto de la excitación sexual se libera de los cuerpos cavernosos y de las células del interior de las arterias una sustancia gaseosa que se llama óxido nítrico. Esta va a promover una serie de cambios que resultan mediados por la guanosimonofofato cíclica en una relajación del músculo liso cavernoso, que permiten la vasodilatación de las arterias del pene y en la subsiguiente erección. Pero la guanosimonofofato cíclica es degradada por una enzima, la fosfodiesterasa tipo 5 responsable de la pérdida de la erección.

La disfunción eréctil es la incapacidad repetida de lograr o mantener una erección lo suficientemente firme como para tener una relación sexual satisfactoria ^{2,3}

Las disfunciones sexuales siempre han sido motivo de gran preocupación y causantes de muchos problemas emocionales y sociales entre los hombres y es hasta ahora que abiertamente se habla del tema, por un lado porque no es fácil para los afectados encarar y aceptar el problema y por otro porque los asuntos relacionados con la sexualidad no son siempre fáciles de abordar ante un médico.

De acuerdo a la encuesta de Atención Médica Ambulatoria Nacional, por cada 1,000 hombres en los Estados Unidos, se hicieron 7.7 visitas al consultorio médico por disfunción eréctil en 1985, en el 2006 la frecuencia casi se había triplicado a 22.3 visitas. ⁴

La disfunción sexual afecta no sólo físicamente, sino familiar y socialmente a quienes la padecen. Muchos mitos culturales relacionados con la masculinidad, el poder sexual del hombre, la identidad sexual y sobre todo, la falta de conocimiento y conciencia de que este problema de salud, como todos los demás, puede afectar a cualquier hombre, de cualquier edad o condición social hace que a veces los mismos no busquen ayuda profesional. ⁵⁻⁷

Los factores de riesgo más comunes en la disfunción eréctil son: presión arterial elevada, colesterol elevado, diabetes y aterosclerosis, traumatismos nerviosos por lesión o enfermedad, problemas psicológicos, como ansiedad y estrés, afecciones renales o hepáticas, depresión o desórdenes hormonales, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y/o uso de drogas. ^{2,4,6-8}

Entre los medicamentos que pueden ocasionar disfunción eréctil como efecto colateral se incluyen: diuréticos, antihipertensivos, drogas reductoras del colesterol, medicamentos para la diabetes, antidepresivos, algunas medicaciones utilizadas para tratar el cáncer, antiinflamatorios

no esteroideos y antiepilépticos. 6,9,10-12

Existen múltiples tratamiento para la disfunción eréctil entre los que podemos citar: Tratamiento oral con Yohimbina y Fentolamina, Testosterona, Fitoterapia y los que han revolucionado el tratamiento en la actualidad que son los Inhibidores de la 5 fosfodiesterasa: Sildenafil (Viagra®), Vardenafil (Levitra®) y Tadalafil (Cialis®). Los inyectables como: alprostadil y papaverina.

Los pacientes que no resuelven con estos tratamientos pueden ser tributarios de colocarles Prótesis peneanas: Bomba hidráulica, Prótesis y Hormas plásticas blandas o realizarse erección por vacío.

Si bien las disfunciones en la mujer pueden de alguna forma no ser manifestadas, las del hombre son muy evidentes y por lo mismo más atemorizantes.

La sexualidad es un área importante de la vida de un ser humano, y disfrutar de una vida sexual saludable es un derecho de cada paciente. La prevalencia de las disfunciones sexuales, tanto masculinas como femeninas es alta ^{13,14}, sin embargo, la consulta o pesquisa de estas aparenta ser mucho menor ^{15,16}. Múltiples razones se argumentan para esta discrepancia, algunas de parte del paciente y otras de responsabilidad del profesional de la salud ^{17,18}

Motivados por determinar cómo se comporta la función eréctil en un grupo de trabajadores de La Gerencia de ETECSA, se decide realizar este trabajo.

MATERIAL Y MÉTODO

La investigación se realizó en la sucursal ETECSA de la provincia La Habana que se encuentra ubicada en el municipio San José de Las Lajas.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal con los trabajadores masculinos que trabajan en La Gerencia de esta Empresa, en el período comprendido entre los meses de julio a septiembre del 2008.

El colectivo analizado estuvo integrado por 78 trabajadores de un total de 88, dato que se obtuvo del Departamento de Recursos Humanos de dicha Institución. Los 10 trabajadores que no participaron en el estudio fue debido a lo difícil de su localización para relazarles la entrevista por no encontrarse en la Empresa por cuestiones de trabajo los días señalados para la misma.

A cada trabajador se le explicó la importancia y objetivos del estudio, siendo de su aprobación participar en la investigación, por lo que se les llenó el Consentimiento Informado, el cual fue firmado por los mismos.

Los criterios establecidos para participar en la investigación incluyeron:

- Tener más de 18 años de edad.
- Pertenecer a La Gerencia de ETECSA. San José de las Lajas.
- Estar de acuerdo en participar en la investigación.
- No atenderse ni estar recibiendo tratamiento para disfunción eréctil.

Se realizó una entrevista donde se plasmaron el nombre y los apellidos del trabajador, la edad, los antecedentes patológicos personales, los hábitos tóxicos, resultados de la aplicación del Índice Internacional de Función Eréctil Abreviado de 5 preguntas.

La clasificación de la disfunción eréctil se estableció utilizando este Índice, conocido como IIEF-5 por sus siglas en inglés, el cual fue respondido por el trabajador para determinar si existe o no disfunción eréctil.

Clasificamos la disfunción en:

- Severa: cuando alcanzó menos de 10 puntos
- Moderada: entre 10 y 15 puntos
- Ligera: entre 16 y 21 puntos
- Sin disfunción eréctil: más de 21 puntos

Con el paquete estadístico SPSS Versión 10.0 en ambiente Windows se creó una base de datos utilizando como fuente la entrevista, los resultados se presentaron en forma tabular, los análisis estadísticos utilizados se correspondieron con la estadística descriptiva mediante la cual se determinó la frecuencia de aparición de cada variable evaluada.

Se desarrollaron tabulaciones cruzadas entre las variables edad y los resultados del Índice Internacional de Función Eréctil Abreviado.

Se utilizó el Statistical Graphics. Plus Version 5.1 para Windows XP para aplicar el test o prueba estadística no paramétrica del Ji Cuadrado (X^2) de independencia para evaluar la hipótesis acerca de la relación entre las variables analizadas.

Los resultados se presentaron en tablas para su mejor comprensión y análisis. Se escribe el informe final utilizando Microsoft Office 2007 en ambiente Windows XP.

RESULTADOS

Como se observa en la tabla 1 el mayor número de trabajadores que participó en el estudio se encontraban comprendidos entre los 31 y 40 años de edad que representan el 39,74 %, el

más joven tiene 18 años y el de más edad 66 años.

Tabla 1: Distribución según grupo de edades de los pacientes.

| Edad (Años) | Pacientes | % |
|-------------|-----------|-------|
| 18 a 20 | 1 | 1,28 |
| 21 a 30 | 16 | 20,51 |
| 31 a 40 | 31 | 39,74 |
| 41 a 50 | 18 | 23,07 |
| 51 a 60 | 9 | 11,53 |
| Más de 61 | 3 | 3,84 |
| Total | 78 | 100 |

En nuestro estudio referente al estado civil de los trabajadores como plasman los resultados de la Tabla 2, el 75,64 % son casados, divorciados el 11,53 % al igual que los solteros y solo un trabajador es viudo. Los trabajadores solteros excepto uno todos mantienen relaciones sexuales estables, al igual que los divorciados, sin embargo, el viudo no mantiene relación sexual.

Tabla 2: Estado civil

| Estado civil | Pacientes | % |
|--------------|-----------|-------|
| Casados | 59 | 75,64 |
| Solteros | 9 | 11,53 |
| Divorciados | 9 | 11,53 |
| Viudos | 1 | 1,28 |
| Total | 78 | 100 |

Entre los factores de riesgo que presentan los trabajadores que participaron en la investigación apreciamos que la ingestión de café con el 52,28 % es el hábito tóxico que predomina, siendo la hipertensión arterial con el 33,33 % la enfermedad que prevalece y de los medicamentos el más usado es el diurético Clortalidona con el 24,35 %.(tabla 3)

Tabla 3: Factores de Riesgo

| Factores de riesgo | No | % |
|--------------------|----|---|
|--------------------|----|---|

| | | | |
|---------------------------|------------------|----|-------|
| Hábitos tóxicos | Tabaquismo | 42 | 53.28 |
| | Café | 61 | 78.20 |
| | Alcohol | 25 | 32.05 |
| Enfermedad | HTA | 26 | 33.33 |
| | Asma Bronquial | 7 | 8.97 |
| | Obesidad | 17 | 21.79 |
| Ingestión de medicamentos | Clortalidona | 19 | 24.35 |
| | Atenolol | 12 | 15,38 |
| | Salbutamol spray | 7 | 8.97 |
| | Ketotifeno | 5 | 6.41 |
| | PPG | 13 | 16.66 |
| | Meprobamato | 10 | 12.82 |

Al evaluar los resultados del Índice Internacional de Función Eréctil Abreviado como se observa en la tabla 4, 12,81% de los trabajadores presenta disfunción eréctil. Según el criterio de clasificación el 8,97 % de los mismos presenta disfunción eréctil leve, encontrándose las puntuaciones entre 18 y 19, hubo 2 trabajadores que presentaron disfunción moderada, ambos mayores de 40 años, cuyas puntuaciones fueron de 13, solo un paciente presenta disfunción severa, obtuvo 9 puntos, es casado, hipertenso, fuma y tiene 51 años. El 97,19 % de los trabajadores de ETECSA no presentaron disfunción sexual.

Tabla 4: Clasificación de la disfunción sexual

| Edad (Años) | Resultados del Índice Internacional de Función Eréctil Abreviado | | | | | |
|-------------|--|------|---------------------|------|-------------------|------|
| | Disfunción Leve | | Disfunción Moderada | | Disfunción Severa | |
| | Pacientes | % | Pacientes | % | Pacientes | % |
| 18 a 20 | | | | | | |
| 21 a 30 | 3 | 3.84 | | | | |
| 31 a 40 | | | 1 | 1.28 | | |
| 41 a 50 | 3 | 3.84 | 1 | 1.28 | | |
| 51 a 60 | 1 | 1.28 | | | 1 | 1.28 |
| Más de 60 | | | | | | |
| Total | 7 | 8.97 | 2 | 2.56 | 1 | 1.28 |

DISCUSIÓN

Una buena sexualidad es importante en la salud de cada ser humano, pero muchas veces las dificultades en esta área permanecen ocultas a pesar de acceder a una consulta médica: la discusión sobre sexualidad no ocurre.

La sexualidad es un área de la vida de todo ser humano, y disfrutar de una vida sexual saludable es un derecho de cada persona.

La prevalencia de las disfunciones sexuales, tanto masculinas como femeninas, es alta ¹³⁻¹⁶, sin embargo, la consulta o pesquisa de éstas aparenta ser mucho menor ¹⁷⁻²⁰. En la bibliografía revisada solo encontramos un trabajo que trata este tema ²¹, en el mismo su autor considera que son múltiples las razones que se argumentan para esta discrepancia, algunas de parte del paciente y otras de responsabilidad del profesional de salud ²²⁻²⁴

Muchos exámenes han sido desarrollados gracias a modernas tecnologías para permitir un diagnóstico precoz de una gran cantidad de enfermedades; en lo que a vida sexual se refiere no existen “marcadores” de laboratorio. Es en este sentido donde nos parece importante, aunque parezca redundante, insistir en hacer tomar conciencia a todos los médicos, principalmente a los de atención primaria de la importancia de abordar el tema de la sexualidad dentro de la conversación o interrogatorio de antecedentes personales y sociales, ya que son estos profesionales de salud quienes, en general, proporcionan atención primaria a los pacientes. De manera que sea posible ofrecer al paciente un espacio donde plantear su inquietud en esta esfera de la vida, y sin que esto le signifique al médico enfrascarse en una conversación para la cual puede no estar preparado, y ofrecer dirigirlo adecuadamente al especialista entrenado en atender estos problemas, bajo la propuesta de una mejoría en las condiciones de vida y salud general tanto personales como de pareja. Y en segundo término, de igual importancia que hacerlo con los médicos, es enfrentar el tema de la educación sobre sexualidad y entrenamiento en su interrogatorio a nivel de estudiantes de medicina, haciendo de la sexología una ciencia a incluir en los currículos de carreras de medicina y profesiones del área de la salud, así estaremos preparados para realizar una pesquisa activa de disfunción eréctil en el consultorio.

Aunque muchos hombres le atribuyen a la edad los problemas de disfunción eréctil, ésta puede ser en realidad una señal temprana de una enfermedad. ^{17,21,24}

En nuestro estudio predomina el grupo comprendido entre las edades de 21 a 50 años, etapa de la vida del hombre que es productiva, incorporado a diferentes esferas de la vida laboral y es más activo en la esfera sexual.

Según una investigación llevada a cabo en los Estados Unidos la incidencia de la disfunción varía con la edad ¹³ Solo en América del Norte, se ha estimado que por lo menos 10 millones de

hombres son víctimas de la disfunción eréctil y que por lo menos 20 millones además, tienen unas formas menos severas de disfunción eréctil asociada a la edad, problemas crónicos de salud o problema psicológicos. ¹¹

Según las últimas investigaciones ^{5,12}, una de las causas por las cuales los hombres no buscan la ayuda médica que necesitan es el sentirse avergonzado de sufrir de disfunción eréctil, lo que puede retrasar el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades subyacentes más graves.

El Índice Internacional de Función Eréctil Abreviado es el más usado internacionalmente para clasificar la disfunción y evaluar la misma después de cualquier tratamiento, en los trabajos revisados, estos fueron aplicados en consultas de disfunción sexual, no en población aparentemente sana. El predominio de un tipo de disfunción u otra varía en los diferentes trabajos revisados. ^{7,11,13}

Entre los factores de riesgo la hipertensión ocupa el número uno según diferentes autores ^{5,7,12,15}.

Es importante corregir los factores de riesgo para mejorar la calidad de vida y evitar las disfunciones sexuales ^{7,9,11,13}, pues varios autores ¹⁴⁻¹⁸ plantean que aquellos pacientes que no tienen ningún factor de riesgo cardiovascular, diabetes, sedentarismo, obesidad, tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias y lípidos altos en la sangre la respuesta a los medicamentos para su disfunción es casi del 100%, en aquellos que tenían 1 factor de riesgo la respuesta descende al 85.7% y en los que tenían 2 ó más bajaba al 78.9%, lo que aconseja la reducción de los mismos por ambos motivos: mejora de la calidad de vida y de la respuesta erectiva.

La disfunción eréctil puede causar tensión en una pareja. Muchas veces, los hombres evitarán las situaciones sexuales debido a su dolor emocional asociado a la disfunción eréctil, causándole a su pareja una sensación de rechazo o ineptitud.

Es importante comunicarse abiertamente con su pareja. Algunas parejas consideran la búsqueda de tratamiento para la disfunción eréctil juntos, mientras que otros hombres prefieren buscar tratamiento sin el conocimiento de su pareja.

La falta de comunicación es el obstáculo principal para buscar tratamiento y puede prolongar el sufrimiento. La pérdida de la capacidad de erección puede tener un efecto profundo en el hombre. Lo positivo es que la disfunción eréctil generalmente puede tratarse segura y eficazmente

CONCLUSIONES

- El grupo comprendido entre los 31 y 40 años de edad fue el que predominó.
- Más de las tres cuartas partes de los hombres están casados.
- La hipertensión arterial es la enfermedad que prevalece en el estudio, siendo la ingestión de café el hábito tóxico más frecuente.

- Según los resultados del Índice Internacional de Función Eréctil Abreviado el mayor grupo de trabajadores estudiados no presentan disfunción eréctil

Se sugiere realizar investigaciones de pesquisa activa de disfunción eréctil, así como entrenar a los estudiantes y a los médicos para incorporar el tema de la sexualidad dentro del interrogatorio de antecedentes personales y sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Belman N. NIH Consensus on impotence. JAMA 2003; 270:83-90.
2. Lauman EO. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 2000; 281 (6):531-44.
3. Feldman HA. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 2004; 151 (1):54-61.
4. Estevez P. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain. J Urol 2001; 166 (2):569-7.
5. Rosen RC. Psychologically based treatment for male erectile disorder: a cognitive-interpersonal model. J Sex Marital Ther 2004; 20:67-85.
6. Keefe M. Assessment and treatment of impotence. Med Clin North Am 2005; 79:415-64.
7. Rodhen EL, Teloken C, Sogari PR, Vargas CA. The use of the simplified Internacional Index of erectile function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. Int J Impot Res 2002; 14(4):245-250.
8. Allan H. Características del uso de sildenafil en una muestra de pacientes a nivel de farmacias comunitarias de Concepción, Chile. Rev Med Chile 2005; 133:667-73.
9. Bietz R, Dows M. Sildenafil for male erectile dysfunction: a systematic review and metaanalysis. Ach Intern Med 2000; 162:1349-60.
10. The ACC/AHA expert consensus document. Circulation. 1999 ; 99:168-77.
11. Conn J, Binder C. Efficacy and safety of sildenafil in men with erectile dysfunction and stable coronary artery disease. Am J Cardiol 2004; 93:147-53.
12. Horton P. The efficacy and safety of tadalafil: an update. BMJ Int 2004; 93:1276-81.
13. Warchawski T, Varma K, Evans T. Vardenafil is effective and well tolerated for treating erectile dysfunction in a broad population of men. BJU Int 2005; 95:110-6.
14. Zilbergeld B. The new male sexuality. New York: Bantam Books; 1992.
15. Rodríguez L, Lledó E, Rajmil O, Mo D, Cassinello A, Casariego J. Preferencia de tadalafilo vs sildenafil en pacientes españoles con disfunción eréctil: resultados de un estudio multicentrico. Actas Esp Urol 2006; 30(1):67-79.
16. Seftel AD. Challenges in oral therapy for eréctil dysfunction. J Androl 2002; 23:729-36.
17. Martin A, Sanchez J, Saenz I, Rodríguez L, Jiménez JF, Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction. J Urol 2001; 166(2):569-74
18. Meston CM, FROHLICH PF. Update on female sexual function. Curr Opin Urol 2001; 11: 603.
19. Rosen RC, Wing R, Schneider S. Epidemiology of erectile dysfunction: the role of medical co morbidities and life style factors. Urol Clin North Am 2005; 32: 403-9

20. Pommerville P. Drug treatments for ED: un update. Geriat Aging 2004; 7: 3.
21. Kassouf W, Carrier S. A comparison of the internacional index eréctil function and erectile disfunction studies. BJU 2003; 91(7):667-79.
22. Lewis RW. Epidemiology of erectil disfunction. Urol Clin North Am 2001; 28:209-16.
23. Pommerville P. Erectile dysfunction: an overview. Can J Urol 2003; 10(1): 2-6.
24. Venegas JA. Análisis sobre las dificultades en la determinación de prevalencia y pesquisa de las disfunciones sexuales. Revista Chilena de Urología. 2004; 69:199-204.

SUMMARY

A descriptive, retrospective and transversal study was performed in 78 workers that work in ETECSA Management, located in San José de las Lajas, Havana, in the period from July to September 2008 with the objective of determining the existence of Erectile dysfunction in them. The interview was conducted in the Nursing Department of the company, where the respondent's personal data were recorded, pathological personal background and toxic habits. It was applied the Abbreviated International Index of Erectile Function to analyze if they presented erectile dysfunction, and in the case it existed, classify it. 39.74% of the interviewed men are between 31 and 40 years of age, hypertension was the predominant personal pathological antecedent with 33.33% and 8.97% of patients had mild erectile dysfunction.

Subjects headings: **ERECTILE DYSFUNCTION; WORKERS**

Dr. Generoso Torres Fuentes

Email: gene@infomed.sld.cu