



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2007-2009

Tesis para optar A Titulo Maestro Salud Publica

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero del 2009 a Marzo del 2009

Autor: Marlon Ulises Estrada Sánchez

Tutor: Msc Pablo Cuadra

Ocotal Nueva Segovia Junio 2009

INDICE

	Págs
- Dedicatoria	
- Agradecimiento	
- Opinión del tutor	
I.- Introducción -----	1
II.- Antecedentes -----	2
III.- Justificación-----	3
IV.-Planteamiento del problema-----	4
V.- Objetivos -----	5
VI.- Marco teórico -----	6 -21
VII.- Material y método -----	22-23
VIII.- Resultados -----	24-27
IX.- Análisis -----	28-30
X.- Conclusiones-----	3 1
XI.- Recomendaciones -----	32
XII.- Bibliografía-----	33-36
XIII- Anexos	
- Instrumento de recolección de la información	
- Cuadros	
- Gráficos	

DEDICATORIA

A Dios padre misericordioso, por regalarme la vida y permitirme llegar a este momento a mi madre, María Luisa Sánchez a mi padre, Ulises Estrada Andara a mi hijo Marlon Gabriel Estrada Solórzano, a mi esposa Wendy Karina Solórzano do su amor, su apoyo y entrega a mis hermanos (a) y a mis sobrinos (as) por toda la alegría y amor que me han dado a mi mejores amigos, Santos Ceferino Zepeda

AGRADECIMIENTOS

*Gracias Señor, gracias por la vida, por el tiempo que me has dado, por estar
Conmigo y ser guía en mi sendero. Al Padre Juan Pablo Peloquin por haberme
apoyado en mi vida de estudiante.*

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de prevalencia, prospectivo y transversal, Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero del 2009 a Marzo del 2009

El Universo lo conformaron 432 hombres atendidos en la consulta externa durante el período de estudio señalado. La muestra la constituyen 61 utilizaron criterios de inclusión y exclusión. Se eligieron cuatro barrios que pertenecen a la zona de Santa María Danlí El Paraíso, luego se realizó un sorteo para elegir el barrio donde se realizará la toma de datos, realizando un barrido casa a casa.

Entre los resultados más importantes podemos destacar: . *Las características demográficas Raza, mestiza, casados, la mayoría aprobaron su educación primaria, agricultores, comerciantes informales religión católica* Los elementos de tipo psicológico encontrados son el estrés, la ansiedad, y en menor grado problemas con la autoestima demostraron no tener relación con la disfunción eréctil. Las enfermedades que más frecuentes encontradas fueron la gastritis y la HTA, los medicamentos utilizados para el tratamiento son la ranitidina y Enalapril y Atenolol ambos medicamentos están asociados con la disfunción eréctil. Algunos pacientes reportaron estar en tratamiento con antidepresivos los que demostraron no tener relación con la disfunción eréctil

El consumo de bebidas alcohólicas, tabaquismo y en menor grado el consumo de cocaína están asociada con la disfunción eréctil.

La prevalencia de disfunción eréctil, 5.78 % en comparación con de la bibliografía consultada.

En base a los resultados obtenidos se considera importante, desarrollar trabajo educativo con los usuarios hábitos que pueden provocar trastornos de la erección

I INTRODUCCIÓN

El presente documento trata sobre la prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A. Con este estudio se pretende conocer las causas que provocan dicha patología, ya que en Honduras no se ha realizado una investigación profunda sobre este tema y la información con la que actualmente se cuenta es escasa. El trabajo se ha dividido en secciones para facilitarle al lector su comprensión. De esta manera en el primer capítulo se hace una descripción de los fundamentos teórico conceptuales referentes a la Sexualidad Humana y la Disfunción Eréctil que incluye su incidencia, etiología, factores de riesgo, clasificación y tratamiento. En el segundo capítulo se hace la presentación de las variables incluidas en el estudio. El tercer capítulo incluye la descripción general de la comunidad de Santa María. El cuarto capítulo describe los datos encontrados sobre la prevalencia de Disfunción Eréctil, los cuales serán presentados en forma de tablas y gráficos. El quinto capítulo incluye el análisis situacional de la patología y finalmente conclusiones sobre el estudio. En el último capítulo incluye la bibliografía y los anexos, en los cuales se describe el instrumento utilizado para la investigación y un mapa geográfico del municipio.

II ANTECEDENTES

La disfunción erectil es un tema del mayor interés desde el punto de vista de la salud y del bienestar general por su elevada prevalencia, asociada fuertemente a la edad, con otros factores de riesgo por patología vascular, y puede deberse en parte a fenómenos relacionados con el envejecimiento, los cuales pueden ser controlables. Es difícil hablar de etiología en las disfunciones sexuales por que pueden ser múltiples las causas que las originan, tanto piogénicas como psicogénicas, por eso se les ha denominado “síndromes” y no “enfermedades”, ya que en estas últimas hay una etiología y una fisiopatología conocida (5).

Ante una disfunción sexual estudiamos no sólo los aspectos biológicos y de salud, sino que incluimos el estudio de la identidad de género, la construcción de vínculos afectivos, y la conducta sexual de las personas. Algunos de los requisitos para que la respuesta erótica se presente son la integridad anatómica, neurológica, endocrina, cardiovascular y metabólica del organismo de interferencia de fármacos, drogas, tabaco y alcohol. (5)

De otro modo, la DE determina en forma importante la calidad de vida, la autoestima; y afecta directamente al paciente y a su pareja, con influencia en la estabilidad familiar. Gran número de pacientes sufre una DE leve o moderada cuyo pronóstico depende del tratamiento oportuno y del control de los factores de riesgo. (8).

La prevalencia en los Estados Unidos es de 5.1 % a 15% en impotencia completa e impotencia moderada es del 17 al 34%. Sumados todos los niveles de prevalencia pasa más del 39%., actualmente en Honduras no se encuentran estudios a nivel nacional que determine la verdadera magnitud del problema de salud que presentan los hombres.

III JUSTIFICACIÓN

La investigación diseñada para identificar la prevalencia y factores relacionados con la disfunción eréctil masculina entre las edades de 15 a 65 años. Este proyecto se realizara durante el período de noviembre de 2008 a noviembre de 2009 con la finalidad de demostrar que es un problema de salud pública.

La D.E es la incapacidad persistente de lograr y mantener una erección suficiente para permitir una relación sexual satisfactoria. La prevalencia en los Estados Unidos es de 5.1 % a 15% en impotencia completa e impotencia moderada es del 17 al 34%. Sumados todos los niveles de prevalencia pasa más del 39%.

Se ha encontrado que aquellos hombres que sufren Diabetes Mellitos, hipertensión arterial tienen un mayor riesgo de sufrir la enfermedad que aquellos que no la padecen. Estudios describen que el 5% de los hombres mayores de 40años sufren la enfermedad y 15 a 25 % los mayores de 65 años. La edad fue la variable más fuertemente asociada con la impotencia, la probabilidad de impotencia se correlacionó directamente con patología cardiaca, hipertensión, diabetes, tratamientos farmacológicos e índices de agresividad o depresión, y de manera inversa con niveles de dehidroepiandrosterona, de colesterol HDL, y a un índice de personalidad dominante. (8)

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cual es la prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de junio del 2008 a diciembre del 2008?

S e plantean las siguientes interrogantes

1. ¿Cuáles son las características demográficas, biológicas, sociales y culturales?
2. ¿cuáles son los elementos de tipo psicológico y familiar que inciden en la disfunción eréctil?
3. ¿qué tipo de enfermedades y tratamientos afectan a los hombres que padecen disfunción eréctil?
4. ¿Cuál es la prevalencia de la disfunción eréctil

V OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de junio del 2008 a diciembre del 2008?

S e plantean las siguientes interrogantes

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar Cuáles son las características demográficas, biológicas, sociales y culturales
2. Identificar cuáles son los elementos de tipo psicológico y familiar que inciden en la disfunción eréctil
3. Identificar qué tipo de enfermedades, drogas y tratamientos afectan a los hombres que padecen disfunción eréctil
4. Determinar cuál es la prevalencia de la disfunción eréctil

VI MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIAL

Sexualidad:

Es un impulso vital, esencial para el desarrollo humano y un medio de comunicación interpersonal. Nace y muere con la persona (1).

Sexualidad no es igual a genitalidad; esta es uno más de sus componentes, la sexualidad es una sola; “sexualidad humana”. No existen distintas sexualidades como “sexualidad del beso,” de la tercera edad”, del o la discapacitado(a)”. (1)

Eduquémonos y eduquemos entonces par a una sola sexualidad: la humana, en sus ricas y diversas formas, donde todos tengamos cabida sin distingo de fe, opción sexual, estado civil, edad, una sexualidad sin rótulos que nos englobe, descalifique y “nos limite”. Una sexualidad para un solo cuerpo que a través del placer sea aceptada querida y potenciada (1)

Género

Para designar el conjunto de conceptos históricos y culturales sobre lo femenino y lo masculino, se hace referencia a la construcción social del hecho de ser mujer u hombre, la interacción entre ambos sexos y las diferentes relaciones de poder y/o subordinación entre ellos, no se refiere únicamente a mujeres, sino que también deberían abordar la masculinidad de los hombres. Mientras el sexo es una categoría biológica, el género es una categoría social, una atribución cultural de lo que se considera apropiado para cada sexo en una sociedad determinada, e incluye una serie de valores, papeles y comportamientos. (2)

La Reproductividad

Va mas allá de tener o no hijos, de hecho, hay hombres y mujeres que sin haber tenido la experiencia del embarazo son mejores padres y madres que muchos otros que si la tienen, ellos se ocupan del desarrollo físico, emocional, social y espiritual de otros (1). El componente biológico de la reproductividad obviamente está dado por la capacidad de reproducirnos y dar hijos con las mezclas genéticas de padre y madre. Esta es la razón por la cual los seres humanos nos reproducimos sexualmente. En el plano sociológico la reproductividad puede estudiarse en las temáticas como el significado social de

la maternidad/paternidad, la anticoncepción y la discusión actual por el derecho a una maternidad elegida. (1)

Erotismo

Desarrollado a través del conocimiento del propio cuerpo, de sus manifestaciones y necesidades, de las sensaciones placenteras que el cuerpo nos da cotidianamente, el desarrollo de la sensualidad con la posibilidad libre y responsable de compartirlo con una pareja, sin miedo y con la posibilidad de expresar pensamientos, sentimientos, sueños y fantasías. (2)

La respuesta sexual consiste en una afluencia masiva de sangre a los vasos de las zonas genitales, que provoca un aumento en el tamaño y una variación en el color de los tejidos afectados. En cambio, la dicotomía es el aumento de la tensión muscular. A medida que la excitación se acelera aumenta el vaso congestión y la miotomía, que llegan a su punto máximo cuando se alcanza el orgasmo. Después de los espasmos orgásmicos, los vasos sanguíneos se vacían y los músculos se relajan hasta volver a su forma inicial. En esta fase se producen diversos cambios fisiológicos que se reflejan principalmente en los genitales, los senos y la epidermis. Ante la excitación, la mujer responde segregando un líquido viscoso que actúa de lubricante vaginal. Este lubricante natural permite que el coito se realice con suavidad. (2)

El incremento de sangre hacia los genitales hace que los labios menores se oscurezcan y aumenten de tamaño. En cambio los labios mayores se aplanan, se abren y quedan visibles. A diferencia de la erección masculina, la femenina normalmente pasa desapercibida a los ojos. No obstante, el proceso es muy similar en ambos sexos. Cuando la chica esta excitada, el clítoris se pone duro, aumenta de tamaño y se desplaza bajo el prepucio hasta hacerse visible. Algunas mujeres experimentan también una erección en sus pezones, así como un ligero aumento en el volumen de los pechos. (2)

Cuando la fase de excitación llega hasta su punto máximo, todos los cambios producidos se mantienen en su nivel más alto durante un cierto tiempo, llamado "meseta", proporcionando una agradable sensación de placer. El chico puede notar una especie de presión o calor en la zona de la pelvis, que está provocada por el estrechamiento de los vasos sanguíneos en esta parte del cuerpo, especialmente en las vesículas seminales y la próstata, La duración de esta fase es muy variable.

Hay parejas que prolongan voluntariamente este momento por medio de los juegos amorosos para conseguir una mayor satisfacción. (2)

Una de las primeras señales de excitación sexual masculina es la erección. En esta fase, los tejidos esponjosos del órgano genital se llenan de sangre, de tal modo que ésta queda atrapada en el interior haciendo aumentar el tamaño y la rigidez del pene hasta que se destaca del cuerpo; otro de los cambios que se perciben a simple vista es la elevación de los testículos, provocada por un aumento en el grosor y la tensión de la piel del escroto. Hay otras series de transformaciones: La erección de los pezones, el oscurecimiento del color de los genitales o el aumento de la temperatura corporal. (1).

Poco a poco los niveles de excitación se van incrementando para preparar la llegada del orgasmo. Los pechos siguen creciendo y la areola se dilata. La vagina sigue expandiéndose, aumenta la congestión vascular en los labios menores. Los labios mayores se separan aun más.

Finalmente tienen en común con los chicos el incremento en la tensión muscular y la presión sanguínea, así como la aceleración del ritmo cardiaco y la respiración. En la fase del orgasmo, la más placentera de todas, que en el chico suele coincidir con la eyaculación, es cuando se descargan también la tensión acumulada en los dos pasos anteriores. (1)El proceso fisiológico consiste en una serie de rítmicas contracciones musculares de los genitales internos, que dan lugar a que el esperma salga en pequeñas porciones a través de la uretra. (1)A diferencia de las chicas, que pueden experimentar orgasmos seguidos, los chicos necesitan que transcurran unos minutos para estar en condiciones de tener otros, pueden darse en todo el cuerpo. El número de contracciones necesarias para alcanzar el orgasmo puede variar mucho. A veces no llegan a cinco, otras se triplica esta cifra. Pero en todos los casos, la sensación final es muy similar: la mente se queda en blanco, centrada en esta actividad. (1)Se habla mucho de los orgasmos múltiples en las mujeres, hay que señalar que, si bien esta es una capacidad netamente femenina, en pocos casos se lleva a la práctica. Es más algunas mujeres confiesan no haberlos sentido nunca. (1) La resolución es la última etapa de la respuesta sexual, durante esta se siente una gran relajación en todo el cuerpo y el organismo va retomando poco a poco a su estado normal.

Después del orgasmo la chica siente un gran bienestar. Es el momento en el que se invierten todas las modificaciones experimentadas anteriormente.

Pareja Y Alteraciones Del Erotismo

Cuando se afecta el vértice pasión del triangulo del amor, particularmente en los elementos psicofisiológicos de la satisfacción del deseo, excitación, se altera uno de los aspectos más importantes del vínculo de pareja; la vida erótica. Si bien las alteraciones del erotismo no son el único daño que la salud sexual de la pareja puede sufrir, probablemente es el más importante. Cualquier alteración del erotismo es por definición un problema de pareja, aunque ésta no sea estable, pues aunque sea una persona la portadora del trastorno del erotismo, invariablemente repercute en la dinámica de relación de pareja. (3) En 1994, los sexólogos William Máster, Virginia Johnson y Robert Kolodny enlistaron algunas de las formas que suelen bloquear el erotismo. (3)

- La costumbre de tener relaciones sexuales "solo en el momento oportuno".
- La falta de privacidad.
- Los límites que imponen el tiempo y el cansancio.
- La noción falsa de que el placer de la otra persona es "mi responsabilidad".
- La idea de que el sexo es una cuestión seria.
- La convicción errónea de que solo el varón goza el acto sexual.
- Falta de atención a la sensibilidad de la pareja.
- El mito de que la satisfacción sexual es sólo para gente joven y atractiva.
- Pensar, distraerse o preocuparse durante el acto sexual.
- Enojo con la pareja, sin expresarlo verbalmente.

Los elementos bloqueadores del erotismo pueden evolucionar a situaciones de mayor severidad, instalándose entonces las disfunciones eróticas. Clínicamente, éstas son síndromes persistentes que alteran negativamente el deseo, la excitación o el orgasmo/eyaculación. (4) Las disfunciones de la vida erótica pueden clasificarse en cuatro grandes grupos: por su presentación en: primarias y secundarias; Las primeras son las que están presentes desde el propio inicio de la vida erótica; las segundas, aquellas que se presentan después de un período de funcionamiento adecuado. (4)

Por Su Etiología

Las disfunciones eróticas pueden ser: orgánicas, psicológicas, socioculturales y mixtas –según tengan respectivamente-, un origen físico, emocional, por influencia del aprendizaje y el entorno social o bien, cuando son el resultado de una combinación de etiologías. (5)

Algunos autores consideran una quinta etiología: problemas de la dinámica de pareja, sin embargo, experiencia personal, los conflictos de pareja constituyen un auténtico “cocktail” en el que participan factores socioculturales, psicológicos y orgánicos, así como el desequilibrio de uno o más de los vértices de triángulo del amor. (5).

Por otro lado las disfunciones eróticas pueden ser selectivas: Cuando se presentan con alguna(s) persona(s) y con otra(s) no, y situacionales, cuando su aparición depende de factores circunstanciales, tales como lugar y tiempo. (3) Existen varias clasificaciones de las disfunciones eróticas que atienden la fase de la curva de la respuesta sexual en la que surjan. Siguiendo experiencia clínica y un criterio didáctico para su mejor comprensión, ofrezco la siguiente clasificación (1):

Fase	Disfunciones
Deseo	Deseo Hipo Activo/Inhibido Aversión/Fobia Sexual Discritmia Sexual
Excitación	Hipo Lubricación Vaginal Disfunción Eréctil
Excitación Incrementada (Meseta)	Preorgasmia Eyaculación Retardada Inhibición Eyaculatoria Eyaculación Precoz
Orgasmo	Anorgasmia Orgasmo Rápido.
Universales	Dispareunia Vaginismo

La primera clasificación de las D.S. es en la temporalidad (1):

- **Primarias:** Cuando desde el inicio de la vida sexual han presentado alteraciones en una o varias fases de respuesta sexual.(1)
- **Secundarias:** Cuando después de haber tenido una respuesta sexual adecuada, empiezan a aparecer signos de disfunción eréctil.(1)

En la dimensión de temporalidad: Globalidad/situacionalidad, los síndromes los podemos clasificar como:

- **Globales:** Cuando se presentan en todas las circunstancias que vive el paciente.
- **Parciales:** Cuando no hay disfunción en el autoerotismo pero sí en la relación con la pareja.
- **Selectivas:** Cuando sólo fallan con una pareja en particular y con otras no. (1)

En la Etiología:

Es difícil hablar de etiología en las disfunciones sexuales por que pueden ser múltiples las causas que las originan, tanto biogénicas como psicogénicas, por eso se les ha denominado "síndromes" y no "enfermedades", ya que en estas últimas hay una etiología y una fisiopatología conocida (5).

Ante una disfunción sexual estudiamos no sólo los aspectos biológicos y de salud, sino que incluimos el estudio de la identidad de género, la construcción de vínculos afectivos, y la conducta sexual de las personas. Algunos de los requisitos para que la respuesta erótica se presente son la integridad anatómica, neurológica, endocrina, cardiovascular y metabólica del organismo de interferencia de fármacos, drogas, tabaco y alcohol. (5)

Origen Psicogénico

- Causas inmediatas: del "aquí y el ahora", es decir, en el momento mismo de la relación erótica.
- Causas profundas: que a su vez pueden ser:
 - 1- **Intrapsíquicas o del desarrollo:** tienen que ver con la educación que se tuvo, el aprendizaje de la masculinidad y feminidad, la identidad sexual, las experiencias traumáticas en la infancia, la orientación erótica, etc. (5)

- 2- **Diádicas:** Que se refieren al espacio de pareja, como se relacionan, cómo viven la intimidad y el erotismo, ¿hay culpa?, ¿hay agresión física y/o verbal?, etc. (4)

Disfunción Eréctil

La más antigua referencia sobre la erección se remonta a bajo relieve egipcios que muestran al dios Min (fálico) portando una erección permanente (XIII dinastía). (1) En 1980 un médico Francés (Ronald Virag) descubre el efecto de la papaverina, medicamento emparentado con la morfina, sobre la erección. Cuando es inyectada dentro del pene, en ciertos pacientes provoca una erección firme, mantenida a veces durante horas e incluso días. (1) En Inglaterra y Estados Unidos se colocan las primeras prótesis peneanas consistentes en bastones de cartílago o hueso (costillas del propio paciente, que eran implantadas en el interior del pene restante o de un tubo de piel, cuando aquel había sido totalmente amputado. (1)

Definición:

Incapacidad de lograr y mantener una erección durante el tiempo suficiente para tener una relación sexual satisfactoria. La eyaculación puede o no verse afectada. (1). La impotencia se puede clasificar en Primaria o secundaria. Un hombre con impotencia primaria (disfunción extraña, difícil de tratar) es aquél que nunca ha tenido una relación sexual satisfactoria con una pareja, pero puede lograr erecciones normales en otras situaciones. Al contrario, el tratamiento para la Impotencia Secundaria es más exitoso que el de la primaria, ya que a pesar de los problemas que se presentan en el momento, existen algunos antecedentes de éxito con relaciones sexuales completas en el pasado. (1). Para fijar criterios más estrictos en la definición y evaluación de este trastorno, un panel de consenso con expertos internacionales reunido por el National Institute of Health (NIH) de los Estados Unidos postuló en 1993 que la DISFUNCION ERECTIL (DE) es "la incapacidad persistente de lograr mantener una erección suficiente para permitir una relación sexual satisfactoria", Esta definición implica tres elementos básicos en el diagnóstico: Que se trate de una afección permanente; que el paciente tenga dificultad para iniciar y mantener la erección; y que ésta no sea adecuada para una relación sexual satisfactoria. *Para lograr una erección se requiere de diversos componentes:* (5)

- Estado normal de reacción con interés.
- Funcionamiento normal de la hipófisis
- Niveles adecuados de testosterona.
- Sistema nervioso y cerebro intactos.
- Adecuada irrigación sanguínea al pene.(5)

Causas Comunes:

- Uso de medicamentos (especialmente antidepresivos)
- Tabaquismo
- Deficiencia hormonal ocasionada por enfermedades (diabetes) o lesiones.
- Enfermedad hepática ocasionada usualmente por el alcoholismo.
- Problemas circulatorios (anemia o cirugía vascular).
- Problemas neurológicos (lesiones, traumas, enfermedades).
- Procedimientos urológicos (prostatectomía, orquidectomía, radioterapia).
- Implantes de pene (o prótesis) que no están funcionando adecuadamente.
- Depresión, ansiedad, fatiga, aburrimiento, estrés, temor al fracaso.
- Drogas que alteran los estados de ánimo, alcohol y medicamentos.
- Temor a las infecciones.
- Temor a los problemas cardíacos recurrentes.
- Problemas psicológicos severos. (6)

Las deficiencias en la capacidad eréctil probablemente acompañan al hombre desde el inicio de la historia. Las primeras alusiones a esta patología se han hallado en papiros egipcios de hace 400 años (papiro de Ebers). Hipócrates achacó la impotencia al hábito de montar a caballo, anticipando algunos conceptos modernos. El trastorno que hasta la década pasada se llamó impotencia fue descrito por griegos y romanos, quienes diferenciaron la incapacidad de una cópula adecuada, impotentia coeundi, de la incapacidad de engendrar que llamó impotentia generandi. (7)

Leonardo Da Vinci, precursor de la anatomía observó el gran contenido sanguíneo del pene en un ahorcado. En 1573 Varolius propuso que la contracción activa de los músculos isquicavernoso y bulbocavernosos comprimía el retorno venoso para causar la erección. El cirujano Ambrosio

Paré describió la anatomía peneana y el concepto de erección por flujo sanguíneo. En el siglo XIX aparecen tratamientos con “Tónicos y Reconstituyentes” que incluyen diversas sustancias entre ellas: glicerofosfatos, estricina y yohimbina. En 1862 Eckarda produce la erección canica por estimulación eléctrica de los nervios pélvicos, por lo cual se denomina “nervil exigentes”. (7) En 1895 Langley revela que el estímulo de las cadenas simpáticas lumbares produce vasoconstricción genital, y eventualmente detumescencia, estudios de anatomía, fisiología, hemodinámica y bioquímica permiten ahora una mayor comprensión de la fisiopatología de la DE. (7)

Prevalencia:

Estudios epidemiológicos revelan la gran incidencia de DE. Se calculaba en 18 millones el número de hombres de 40 a 70 años afectados en los EEUU, según el estudio del envejecimiento masculino de Massachussets realizado en 1989; proyectados en la población mundial corresponderían a más de 100 millones de afectados. Se constituye así la DE en un problema de salud de primera magnitud. En estos rangos de edad la probabilidad de impotencia completa se triplicó de 5.1% a 15%, y la de impotencia moderada se duplicó de 17% a 34%, combinando todos los grados de impotencia su prevalencia pasó del 39% en hombres de 40 años, ascendidos a 70% en hombres de 70 años. (8) La edad fue la variable más fuertemente asociada con la impotencia. A continuación, la probabilidad de impotencia se correlacionó directamente con patología cardíaca, hipertensión, diabetes, tratamientos farmacológicos e índices de agresividad o depresión, y de manera inversa con niveles de dehidroepiandrosterona, de colesterol HDL, y a un índice de personalidad dominante. (8) La D.E es un tema del mayor interés desde el punto de vista de la salud y del bienestar general por su elevada prevalencia, asociada fuertemente a la edad, con otros factores de riesgo por patología vascular, y puede deberse en parte a fenómenos relacionados con el envejecimiento, los cuales pueden ser controlables. De otro modo, la DE determina en forma importante la calidad de vida, la autoestima; y afecta directamente al paciente y a su pareja, con influencia en la estabilidad familiar. Gran número de pacientes sufre una DE leve o moderada cuyo pronóstico depende del tratamiento oportuno y del control de los factores de riesgo. (8).

Fases De La Erección

Estudios experimentales en animales y en el hombre permiten reconocer seis etapas durante la erección normal: (9)

Flácida: Estado inicial antes de erección con flujo vascular mínimo con propósito nutricional. El PH, PCO₂ y PO₂ de la sangre Intracaverosa tienen los niveles que corresponden a la sangre venosa. (9)

Latente: O de llenado inicial de los cuerpos cavernosos con el mayor flujo de la erección, pues llega durante ambos ciclos: sistólico y diastólico, por estímulo nervioso y acción del óxido nítrico relajando el músculo liso de arterias y sinusoides.

Tumescence: A medida que aumenta la presión Intracaverosa, hasta niveles mayores a la presión diastólica por obstrucción a nivel de sus venas de salida, disminuye el flujo arterial y el pene rápidamente se expande y elonga al máximo. (9)

Erección Completa: La presión Intracaverosa se estabiliza aproximadamente a un 85% de la presión sistólica. El flujo arterial es más bajo que en la fase tumescence, pero mayor que durante el estado de flaccidez. Como el tamaño del órgano y su presión permanecen estables, el flujo venoso debe igualar al arterial. El PH, PCO₂ y PO₂ de la sangre Intracaverosa alcanzan los niveles de la sangre arterial. Hasta este punto se ha desarrollado la fase vascular de la erección controlada por nervios autónomos. (9)

Erección Rígida: Cuando se ha obtenido la erección completa por fenómenos vasculares, la contracción de los músculos isquiorquinos eleva la presión Intracaverosa por encima de la presión arterial sistólica (meseta en la curva) y el flujo arterial es mínimo o no existe. Esta fase, mediada por músculos estriados y controlada por nervios somáticos, no siempre está presente, y ocurre brevemente durante el acto sexual o la masturbación. No puede durar más de unos pocos minutos por fatiga de los músculos estriados. (9)

Detumescencia: Período en que el pene regresa a su estado de reposo con reaparición del tono muscular liso en arteriolas que disminuyen el flujo aferente al nivel inicial y evacúan los espacios cavernosos. Ocurre normalmente después de una eyaculación o de la suspensión del estímulo. (9)

Etiopatogenia De La Disfunción Eréctil.

Causas Psicógenas:

Depresión, ansiedad, exceso de trabajo, dificultades económicas o de comunicación con la pareja, stress de la vida moderna, deseo de mayor respuesta simpática que por sí misma dificulta el inicio o mantenimiento de una erección satisfactoria. Estos pacientes requieren ser escuchados por su médico quien debe dedicarles tiempo suficiente para tratar de lograr una recuperación de la autoestima y la confianza en su desempeño, apoyada en la medicación. (10)

Neurogenicas: La causa más frecuente es la neuropatía periférica que puede ser de origen diabético, alcohólico, tóxico, o por deficiencias vitamínicas. (ácido fólico, Vitamina B6 y B12), igualmente se incluyen en este grupo las ocasionadas por trauma raquimedular o de nervios pélvicos (simpatectomía, prostatectomía). Con alguna frecuencia enfermedades del sistema nervioso central como la demencia senil, Alzheimer, Parkinson y Esclerosis Múltiple, ocasionan disfunción eréctil. (10)

Vasculares: Pueden ser arteriales o venenosas. Entre las arteriales figuran la arterioesclerosis u otras lesiones obstructivas de arterias pudendas o peneana. También las consecutivas a fenómenos trombóticos aortoííacos (S. de Leriche). En las de origen venenoso se destaca la fuga venenosa consistente en escape sanguíneo desde el tejido eréctil durante las primeras fases de la erección impidiendo la rigidez o la duración suficiente para el coito. (10)

Sistémicas: Uso de medicamentos antihipertensivos, diabetes mellitas (factores vasculares y neurógenos), hipocolesterolemia, arterioesclerosis y causas endocrinas (hipo e hipertiroidismo), baja de fracción libre de testosterona asociada con la edad u otras causas, hipogonadismo de diversos orígenes, hiperprolactinemia. (10)

Mixtas: Se deben investigar en toda disfunción eréctil causas contaminantes tanto psicológicas como orgánicas. Asociadas proporcionan un fenómeno de retroalimentación; por el cual sin conocer la causa orgánica, el paciente identifica su problema como de origen psicológico, lo que hace que se aumente su ansiedad y la DE. Gran número de pacientes que consultan por DE presentan etiologías mixta en su patología. (11)

Factores De Riesgo

- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Drogadicción.
- Psicógenos: Ansiedad, depresión.
- Cardiopatías o hipertensión arterial.
- Factores Endocrinos.
- Farmacológicos.
- Enfermedades Crónicas.
- Postquirúrgicas.
- Urológicas.
- Radioterapia abdominal pélvica. (14)

En esta fase el médico debe dedicar tiempo para desarrollar la confianza del paciente antes de explorar los hechos de su DE. El sexo es obviamente un asunto privado y bastante emocional para la mayoría; y el clínico debe analizar la vergüenza, las vacilaciones y reticencias que el paciente experimenta al tratar éste tema. Se debe interrogar tanto al paciente como a su pareja en compañía e individualmente, sobre su actividad sexual. Preguntar sobre la calidad de la erección, calificada de 1 a 10; si nunca tuvo erecciones (DE Primaria) o si las perdió (Secundaria); si dificulta para lograr o para mantener la erección; su evolución; si hay erecciones nocturnas o al despertar, y sus características; comportamiento con otras parejas; masturbación, incurvaciones erectivas, etc. (14)

Examen Físico

Inspección genital buscando lesiones congénitas (cordee hipospadias), inflamatorias (balanitis, uretritis), asimetrías del pene o el contenido escrotal y estado del prepucio. Palpación de cuerpos cavernosos para detectar placas fibrosas (Periné), zonas sensibles o retracciones. Un cuidado interrogatorio, análisis de antecedentes y examen físico, se complementan luego con una prueba de laboratorio. (13)

Tratamiento De La Disfunción Eréctil

Existen varias alternativas de acuerdo a la patología existente, según los factores de riesgo enunciados. Dentro de estos tratamientos se encuentran:

- Control de factores de riesgo modificables (Tabaquismo, alcohol, dietas).
- Revisión y asesoría en las prácticas sexuales individuales y de la pareja.
- Tratamiento Oral.
- Inyección Intracavernosa.

- Medicación Intrauretral.
- Dispositivo de vacío.
- Cirugía Vascular.
- Prótesis Peneana. (13)

Control De Factores De Riesgo

Inicialmente, luego de un adecuado interrogatorio, en aquellos pacientes en quienes se detecte disfunción eréctil asociada al consumo de alcohol, tabaco, adicciones, o secundaria a tratamientos con medicamentos que afecten el desempeño sexual, se procede a modificar dichos hábitos (puede requerir apoyo psicoterápico), y ajustar o cambiar medicamentos si estos son indispensables. Debe realizarse el control de la enfermedad de base; diabetes, etc. En algunos casos terapias de reemplazo hormonal, según el diagnóstico. (16) Con este control de factores de riesgo se logra la progresión de la DE. (16)

Asesoría De Las Prácticas Sexuales

Se debe dedicar tiempo en esta fase tanto al paciente como a su pareja sexual utilizando los mismos parámetros y guiados por los resultados obtenidos del ISSM Inventario de salud sexual masculina), de tal forma que se puede iniciar el manejo puntual a través de consejería sexual. Si se identifica alguna anomalía de tipo psicológico (neurosis, ansiedad, etc.) se debe remitir a un tratamiento especializado. (16)

Inyección Intracavernosa

Se utilizan diferentes medicamentos:

Papaverina: Con la fenoxibenzamina las primeras las primeras sustancias cuya inyección en los cuerpos cavernosos dieron lugar a erecciones. La papaverina es un potente relajante del músculo liso y su utilización está reservada al médico o a los pacientes con tratamiento especial. Puede causar priapismo y fibrosis cavernosa largo plazo.

Fentolamina: Bloqueador adrenérgico alfa 1 y alfa 2 que relaja el músculo liso. Se utiliza usualmente asociado a la papaverina. Puede causar hipotensión.

Alprostadil: (Prostaglandina E). Las prostaglandinas favorecen la erección por aumento en la disponibilidad del AMP cíclico. Erecciones dolorosas. Con los mismos inconvenientes de otras sustancias, debe refrigerarse después de preparado y es más costoso. (16)

Combinaciones De Los Anteriores:

En tratamiento prolongado, debe limitarse su uso a 2 inyecciones semanales, realizando la aplicación de la dosis seleccionada, alternando cada cuerpo cavernoso y siempre en diferentes sitios. Se deben conocer sus complicaciones, la principal el priapismo, que debe tener un manejo urológico especializado. (17)

Tratamiento Intrauretral

El empleo de Alprostadil (prostaglandina E), en forma de supositorios Intrauretral, es utilizado para lograr una erección. Se absorbe por la mucosa y actúa en los cuerpos cavernosos. Se requieren altas dosis y es costoso. Su empleo presenta el problema que luego de la eyaculación, el contenido es depositado en la vagina donde se absorbe por su gran vascularización produciendo cefaleas importantes. Además produce erecciones dolorosas, hipotensión y mareo. Su administración es complicada y difícil de entender para el paciente promedio. (17)

Dispositivos De Vacío

Son aparatos que funcionan como una bomba de vacío que se ajusta alrededor del pene para obtener un mayor flujo sanguíneo, el cual es retenido por un anillo de constricción en la base del pene. Se presenta gran ingurgitación (y edema) únicamente hasta la base, lo que dificulta la penetración. En nuestro medio, sus instrucciones y empleo causan dificultad a los pacientes; son aparatos costosos y se abandonan fácilmente. (17)

Cirugía Vasculat

Las experiencias consistentes en corregir estrechez arterial o fuga venosa proporcionan resultados muy pobres. Se requiere indicación muy precisa, por lo cual su uso es limitado. Presentan complicaciones tales como infección, priapismo, edema, acortamientos, etc. Su utilización a nivel mundial está en retroceso. (17)

Prótesis Peneanas

El estudio de la circulación peneana arterial por escáner ultrasónico dúplex (Doppler), es muy útil para definir una conducta de colocación de prótesis en los casos en que no hay ninguna alternativa diferente por daño vascular severo. Existen diferentes tipos de prótesis dentro de las cuales se utilizan

actualmente semirrígidas e inflables. Ninguna es ideal, y presentan complicaciones. Su indicación más precisa son enfermos que no responden a otros tratamientos. (17)

Tratamiento Oral

Luego de conocer otras alternativas terapéuticas con sus beneficios y limitaciones, se describen a continuación los medicamentos más empleados y que constituyen la primera opción para el médico. (17)

Yohimbina: alcaloide de origen vegetal, consideraba afrodisíaco desde hace un siglo. Es un bloqueador alfa 2 adrenérgico que aumenta los estímulos colinérgicos. En estudios realizados hace 30 años mostraba efectividad hasta del 75% en pacientes con cirugía cardíaca. Actualmente se la considera poco útil. (17)

Apomorfina: Agonista dopaminérgico de acción central. Se ha utilizado en forma sublingual en estudios preliminares. Produce erecciones rápidas, pero con notable efecto emético. (17)

Fentolamina: Bloqueador adrenérgico alfa 1 y alfa 2 que relaja el músculo liso. Adicionalmente aumenta el Oxido Nítrico esencial para la erección. Actúa rápidamente. Como efectos secundarios; hipotensión, taquicardia, arritmias, congestión nasal. (17)

Reemplazos Hormonales: Está contraindicado el uso indiscriminado de andrógenos, excepto en pacientes en los cuales se haya detectado por estudio cuidadoso de laboratorio, etc. Hipogonadismo y se hayan tratado otros aspectos patológicos. (17)

Sildenafil: Es la droga más reciente y de mayor efectividad en el tratamiento de la Disfunción Eréctil, aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) de los Estados Unidos, es el medicamento más usado a nivel mundial para la Disfunción Eréctil. Proporciona al paciente la posibilidad de erecciones normales previo estímulo sexual apropiado. Aunque su indicación inicial fue como vasodilatador con efectos cardíacos, rápidamente se observó que favorecía enormemente la erección por estimulación natural. (15)

Mecanismo De Acción:

Se realiza aumentando el efecto relajante de Oxido Nítrico sobre las fibras musculares de las arteriolas y los espacios lacunares de los cuerpos cavernosos, dando lugar al aumento del flujo arterial y al llenado rápido de los

espacios que se efectúa en la fase latente de la erección. La detumescencia se obtiene también en forma fisiológica al cesar el estímulo, o por la eyaculación. (15) La acción del Sildenafil se logra por inhibición potente de la enzima fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5) que degrada específicamente el Guanosín Mono Fosfato cíclico (CMPC) potente relajante del músculo liso. En esta forma hay mayor disponibilidad, por un tiempo más prolongado del CMPC, elemento causante del mayor flujo arterial y de la distensión de los espacios lacunares cavernosos (figuras 1 y 2). (15)

Utilización:

Se administra 30 a 60 años minutos antes de la actividad sexual en dosis de 50 mg. Por vía oral, con muy buena y rápida absorción.

Contraindicaciones

La principal y absoluta se presenta en pacientes que reciben droga tipo nitratos, es decir la mayoría de los vasodilatadores coronarios. En estos casos el Sildenafil, potencia el efecto vasodilatador con hipotensión y, en raros casos, riesgo de infarto miocardio y muerte. (15)

Efectos Secundarios

Es una droga bien tolerada, cuyos principales efectos secundarios son: Cefalea, rubefacción facial y visión alterada por efecto sobre la retina. (15)

VII DISEÑO METODOLÓGICO

El área de estudio corresponde a la comunidad de Santa María, municipio de Danlí El Paraíso, Honduras.

Tipo de estudio: Esta investigación es de tipo descriptiva, transversal, acerca de disfunción eréctil masculina sexualmente activa, en la comunidad de Santa María, El Paraíso, Honduras, junio a diciembre del 2008.

Universo: Población masculina económicamente activa 18 – 65 años, que pertenecen a la zona de Santa María, Danlí, El Paraíso, y representa a 432 varones sexualmente activos.

Muestra: De las personas estudiadas se tomó una muestra de 61 hombres sexualmente activos entre los 18 y 65 años de edad. En base a fórmula de cálculo de muestra estadística de EPI INFO. (El 40% del total de mayores de 18 a 65 años son varones comprendidos en las edades mencionadas, por tanto se tomó la muestra de la población cuatro barrios de la comunidad, se realiza un muestreo al azar, *con una confianza de 95%, y una precisión de 5% (0.05) y un error Del 3%*

- Población utilizada: 432 habitantes
- Prevalencia: 10%
- Error: 3%
- Confianza: 95%

Marco Muestral

De los cuatro barrios de la comunidad, sólo se tomarán dos de estas **Unidad de Análisis** población masculina entre 18 y 65 años de la comunidad de Santa María

Variabes:

- Características Socio demográficos:
- Antecedentes psicológicos
- Edad, estado civil, ocupación, raza, nivel de escolaridad.
- .Tipo de frecuencia de medicamentos.
- Tabaquismo.

- Consumo de bebidas alcohólicas.
- Consumo de drogas
- Depresión, ansiedad,
- Grados de disfunción eréctil.

Criterio de selección

Se eligieron cuatro barrios que pertenecen a la zona de Santa María Danlí El Paraíso, luego se realizó un sorteo para elegir el barrio donde se realizará la toma de datos, realizando un barrido casa a casa.

Se aplicó el instrumento directamente al encuestado el que consta de siete secciones (ver anexos).

Así mismo en la sección # 7, se utilizó el instrumento, el índice internacional de disfunción eréctil, validado en diferentes países e idiomas. El cual consta 6 preguntas que valoraron los diferentes grados de disfunción eréctil de la población encuestada. Previa a la aplicación de las encuestas se dio capacitación en áreas como la sexualidad, disfunción eréctil.

Criterios de Inclusión:

- Hombres mayores o iguales a 18 años hasta los 65 inclusive
- Estar conviviendo con una pareja estable (casado o unión libre) por más de seis meses.
- Que tengan vida sexual activa.

El **procesamiento de datos** se realizó en computadora mediante la utilización del programa *Epi-Indo*. para la redacción de los resultados se utilizó el Word de Windows. Las pruebas estadísticas utilizadas, la frecuencia y porcentaje.

Aspectos Éticos Se realizó validación del instrumento previo al levantamiento de datos a 15 hombres sexualmente activos comprendidos entre las edades de 18 a 65 años de la población general de la comunidad.

La aplicación de la encuesta se realizó en privado previa explicación y consentimiento del encuestado, reservando la confiabilidad de la información, del documento se ha respetado el derecho de autor citando las referencias bibliográficas según las normas de Vancouver

VIII Resultados

Edad

La edad más frecuente fue el grupo comprendido entre los 31 a 40 años (n = 20) % años 32.71 de edad. Seguido del grupo de edades entre 21 a 30 años (n = 13) 21.31% de los participantes.

Etnia

Los participantes del estudio son de raza mestiza (n = 54) 88.5% (n = 6) 9.8% son de raza blanca.

Religión

La mayoría de los hombres son católicos (n = 21) 34,4%, y (n = 20) no tienen ninguna religión.

Escolaridad

El nivel escolar encontrado (n = 33) 54.09 % aprobó su primaria, (n = 8) % 14.0 % secundaria, nivel universitario (n = 10) 17.5%

Estado civil

De los hombres participantes en el estudio (n = 24) 40% estaban casados y (n = 21) 34.2% en unión libre.

Ocupación

Las ocupaciones más frecuentes encontradas entre los varones fueron la de agricultor (n = 27) 44 % y comerciante (n = 27) .44 %

Consumo de bebidas alcohólicas

De los 61 hombres participantes (n = 38) consumen bebidas alcohólicas, los cuales representan el 62.3% de la población encuestada., toman aguardiente (n = 25) 65.68 % (n = 30) 78.9% los hombres que consumen bebidas alcohólicas tienen más de 5 años de hacerlo.

Uso de antidepresivos

En relación al uso de antidepresivos como factores asociados DE se encontró (n = 4) 6.55% que consumía algún como cernoline un tipo de medicamento (zomacina, amitriptilina, morelin, meta morfina, para tratar la ansiedad (n = 57) 93.44% dijeron no consumir ningún medicamento. los que consumían medicamentos antidepresivos tienen (n = 2) 50% de de 1 - 2 años consumirlos y otro afirmó consumirlos de 1 - 2 años as de 5 años (n = 2) 50%

Drogas

De los sujetos investigados (n =2) 3.3% afirmaron estar consumiendo marihuana y cocaína, Los hombres que consumían drogas tenían más de 5 años de consumirlas los de más hombres afirmaron no consumir ningún tipo de droga (n= 59) 96.7%.

Tabaquismo

De los hombres participantes afirmaron no fumar (n= 38) 63.3%, mientras que 22 dijeron que sí fuman (36,7%). El consumo más frecuente encontrado fue de cigarrillos, equivalente al 90.90% (n= 20) de la población encuestada, de los cuales 17 (58.8%) tienen más de 5 años de fumar.

Morbilidad

La mayoría de los sujetos investigados (n=39) 65%, no adolece de enfermedades crónico-degenerativas o de otro tipo. Entre aquellos afectados por alguna enfermedad, la patología más frecuentemente encontrada fue la gastritis (n= 14) 47.6% hipertensión arterial en un (n=9). 36.36%.ademas se encontraron otras patologías menos frecuentes como asma bronquial, riñón poli quístico, artritis (n=4) 18,18%, los hombres (n=15) 71.42% que padecen la enfermedad tienen más de 5 años de padecerla.

Consumo habitual de medicamentos

Se investigo la administración de ciertos medicamentos de uso continuo posiblemente asociados a disfunción eréctil. Un total de 22 sujetos, se encontró tomando al menos uno de esos medicamentos, y el que más frecuentemente se consumía era la ranitidina (n=13) 59.09%, y en menor frecuencia Enalapril (n= 9) 40.90%

Confianza en poder lograr o mantener una erección

Los participantes del estudio(n=24)39.3% de ellos afirmaron tener una confianza para poder logra una erección moderada, otro grupo de hombres afirmo tener una confianza en sus erecciones muy elevadas (n=13) 21.3%

Erecciones Firmes para lograr la penetración

Los hombres entrevistados afirmaron tener casi siempre(n=21) 34.4% confianza de tener r erección y luego penetrar a la mujer y otro grupo similar afirmo tener confianza en sus erecciones la mayoría de las veces (n=21) 34.4%

Capacidad de mantener su erección después de haber penetrado a su pareja, (n=30) 49.2% hombres expresaron su capacidad de mantener la erección durante las relaciones sexuales con su pareja

Dificultad Para Mantener su Erección hasta la Eyaculación

La mayoría de los participantes afirmó no tener dificultad(n=48) 78.7% durante las relaciones sexuales y mantener su erección hasta la eyaculación, Ligeramente difícil (n=9) 14.8%, difícil (n=3) 4.9%.

Satisfacción en la Relación sexual

Respecto a la satisfacción de la relación sexual con su pareja (n=51)83.6% de los participantes refirió sentirse casi siempre satisfecho, La mayoría de las veces(n=5) 8.2%, a veces (n=4) 6.6%

Grado De Disfunción

Del total de los participantes Se encontró que el (n =24) 39.34% de los hombres tienen disfunción eréctil leve, (n=1) 1.63% tienen disfunción moderada y(n=36) 59.01% hombres no presentaron disfunción eréctil.

Relación Entre Los Factores Asociados Y Disfunción Eréctil

Edad y grado de disfunción eréctil

De los sujetos investigados los grupos de edad comprendido entre 21 a 30 años (n=6) 25%, el grupo de edad entre 41 a 50 años (n = 6) 25 %, y el grupo de 61 a 65 año(n=6) 25% tienen disfunción eréctil leve. Además se encontró que el grupo de edades entre 51 a 60 años (n=1) 100% tiene disfunción eréctil moderada en relación a los que no la padecen
Ver cuadro # 27

Relación entre Hipertensión arterial/ Disfunción Eréctil

De los hombres hipertensos(n=9) 3 tienen disfunción eréctil leve (42.9%) ,1 hombre con disfunción moderada (14.3).ver cuadro # 30.

Relación Entre Gastritis Y Grado De Disfunción

.De los sujetos investigados se encontró (n =4) 40% hombres que padecen de gastritis de los cuales padece D E leve en relación con los que no padecen de gastritis (n=3) 75% padecen DE leve (n=1) 25%

Consumo de Bebidas alcohólicas y DE

De los(n = 38) hombres que consumen bebidas alcohólicas, (n =12) 31.57% padecen DE leve de los que afirmaron no consumir ningún tipo de bebida

(n = 13) 56.32% padece DE leve. la mayoría de ellos tienen más de cinco años de consumir bebidas alcohólicas.

Relación entre el Consumo de tabaco y Grados de DE

De los hombres participantes(n= 22)36.66% afirmaron consumir algún tipo de tabaco, de los cuales(n =9) 40.90% padece DE leve, y (n= 1) 4.54% con DE moderada. Los hombres no fumadores(n =17) 43.58%, está asociado a DE leve Ver cuadro # 31

Relación Entre Tiempo De Fumar y DE

En relación al tiempo de de consumir tabaco, de los 60 hombres encuestados (n =7)38.88% afirmaron estar consumiendo tabaco hace mas de 5 años y a su vez están asociado DE leve. 1 hombre que representa el 33.33% padece DE leve. 2-5 años .ver cuadro # 32

Consumo de Droga/Disfunción Eréctil

En relación al consumo de drogas como factor asociado DE se encontró(n =2) 3.27% que consumían cocaína .De los cuales (n =1)50 % padece DE leve y (n =1) 50% que no padece DE.

Relación Entre Depresión Y DE

De los 60 hombre participantes se encontraron 1 que consume cocaína y solo 1 de ellos presento De leve % afirmaron padecer de depresión, los que se asociaron DE leve, los que no padecen depresión(n =24) 96% tenían DE leve

IX. ANALISIS

La población estudiada fue de 61 hombres con vida sexual activa. Con respecto a la prevalencia de la disfunción eréctil. Se encontró que el 5.78% de los hombres tienen disfunción eréctil leve

Una cifra similar que concuerda con el estudio del envejecimiento masculino de Massachusetts de los Estados Unidos de América. Es necesario aclarar que estos resultados La prevalencia en los Estados Unidos es de 5.1 % a 15% con impotencia completa. Este dato sugiere que los encuestados han sufrido episodios de dificultad para obtener o mantener una erección en los últimos seis meses. La edad más frecuente fue el grupo comprendido entre los 31 a 40 años 32.71 de edad. Seguido del grupo de edades entre 21 a 30 años 21.31% de los participantes. Esto se debe a que la gran mayoría de los habitantes masculinos de la comunidad son muy jóvenes. Basado en los resultados de grupo etario según grados de disfunción eréctil el grupo de edades comprendido entre 21 a 30 años 4.16%, el grupo de edad entre 41 a 50 años 4.16 %, y el grupo de 61 a 65 año 4.16% tienen disfunción eréctil leve. a uno de los grupos de edades tenía algún grado de disfunción eréctil. o que está acorde a la literatura la impotencia es una enfermedad edad – dependiente.

En el estudio Kinsey (20) la prevalencia de disfunción eréctil aumenta con la edad: 1% a los 19 años, 3% menor de 40 años, entre 45 –55 años 6-7%, 25% a los 75 años. Laumann(10) informó un riesgo relativo 3 veces mayor de padecer disfunción eréctil entre los hombres de 50 y 59 años en comparación con los de 18 y 29 años, pero en este estudio solo 1 de los participantes tenía disfunción eréctil leve.

Respecto al estado civil, lo cual es de esperarse. De los hombres participantes en el estudio 40% estaban casados 34.2% en unión libre 26.7% El nivel de escolaridad predominante fue la primaria 54.09 % 14.0 % secundaria, nivel universitario 17.5%. lo que está en relación con la escolaridad de la población general en Honduras. La principal ocupación más frecuentes encontradas entre los varones fueron la de agricultor 44 % y comerciante informal .44 % esto, acorde al bajo nivel de escolaridad que poseen.

La religión predominante fue Católica 34,4%, y 32.79 no tienen ninguna religión característico de nuestra población. En relación a las características

socio demográficas y su asociación con DE la religión católica, nivel de escolaridad primaria, agricultor, y los cazados tienen DE 80%.

Los hombres que consumen algún tipo de bebidas alcohólicas, representan el 62.3% de la población encuestada., consumen aguardiente, 65.68 % ,78.9% los hombres que consumen bebidas alcohólicas tienen más de 5 años de hacerlo, 91.66 % Y los que consumen algún tipo de bebidas alcohólicas menos de 1 año padecen DE representan el 52%. En relación *La incidencia según la literatura de disfunción eréctil en el alcoholismo agudo es de 8-54%.La prevalencia de consumo de alcohol está por encima de los valores de la literatura.. El abuso de bebidas alcohólicas de cualquier tipo puede ser causa de disfunción eréctil o empeorarla. (20)* El uso de antidepresivos como factores asociados DE se encontró 4 % el cual no es de significancia para este estudio que consumía algún tipo de antidepresivo como cernoline zomacina, amitriptilina, morelin, meta morfina, para tratar la ansiedad. la patología más frecuentemente encontrada fue la gastritis 56 % ,los sujetos investigados padecen de gastritis están asociados con D E leve, en relación con los que no padecen de gastritis 40 % padecen DE leve .

Hipertensión arterial en los participantes están asociados con disfunción eréctil leve 12.%, con disfunción moderada 4%, en comparación con los que no padecen Hipertensión Arterial Y que tienen DE representa el 84% que a su vez tiene relación con padecer la enfermedad, además se encontraron otras patologías menos frecuentes como padecen o asma bronquial, riñón poli quístico, artritis 18,18% pero ninguna asociada a disfunción eréctil, las que demostraron no tener relación con DE. Los pacientes con hipertensión arterial presentan una alta incidencia de disfunción eréctil.(20)causa más frecuente de impotencia en pacientes. . La incidencia de problemas eréctiles en hombres hipertensos tratados es baja, la enfermedad *sistémica es la responsable del problema en lugar de la terapia antihipertensiva. (8) Oak refiere que hasta 10% de hipertensos no tratados desarrollan disfunción eréctil. (20)* En relación al consumo de drogas como factor asociado DE se encontró 3.27% que consumían cocaína .De los cuales 4 % padece DE leve el cual no es de significancia en el estudio. Está descrito que la Marihuana, la alteran la función eréctil, *Cocaína.Fuman algún tipo de tabaco (36,7%).* El consumo más frecuente encontrado fue de de cigarrillos, equivalente al 90.90%, de la

población encuestada, los hombres que consumían algún tipo de tabaco y a su vez tienen DE representan el 36% en comparación a los hombres que tienen DE y no fuman. En relación al tiempo de consumir de fumar 60% afirmaron estar consumiendo tabaco hace más de 5 años y a su vez están asociados DE leve. 1 hombre que no fumador representa el 4 % padece DE leve. 2-5 años, respecto al estrés los hombres que presentaron DE leve representan 44 %. Moderada 4% y el 25% los hombres que tienen DE y no padece estrés.

X. CONCLUSIONES

1. *Las características demográficas Raza, mestiza, casados, la mayoría aprobaron su educación primaria, agricultores, comerciantes informales religión católica.*
2. Los elementos de tipo psicológico encontrados son el estrés, con probable asociación con DE leve.
3. Las enfermedades que más frecuentes encontradas fueron la gastritis y la HTA, los medicamentos utilizados para el tratamiento son la ranitidina y Enalapril y Atenolol ambos medicamentos están asociados con la disfunción eréctil. Algunos pacientes reportaron estar en tratamiento con antidepresivos los que demostraron no tener relación con la DE.
4. El consumo de bebidas alcohólicas, tabaquismo y en menor grado el consumo de cocaína están asociada con la disfunción eréctil.
5. *La prevalencia de disfunción eréctil, es de 5.78 % en comparación con de la bibliografía consultada.*

XI. RECOMENDACIONES

- 1. A la Secretaria de Salud desarrollar un trabajo educativo en el campo de la esfera sexual con los pacientes para modificar hábitos que puedan ayudar a disminuir trastornos de la erección.*

- 2. Al CESAMO/ Santa María promover la atención multidisciplinaria de pacientes con disfunción eréctil para un mejor abordaje.*

- 3. Al CESAMO/Santa María, Orientar a los pacientes que la disfunción eréctil es una enfermedad frecuente que puede ser tratada.*

- 5. A la Facultad de Medicina de la U.N.A.H realizar estudio científico a nivel nacional para obtener la prevalencia de disfunción eréctil en Honduras.**

BLOGRAFÍA

- 1- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación Mexicana de Educación Sexual, (AMES). ¡Hablemos de salud sexual!, Manual para profesionales de atención primaria de la salud. Información, herramientas educativas y recursos. México, 2998.
- 2- GINDIN, L.R. La nueva sexualidad del varón, Paidós, Argentina, 1987.
- 3- D.T. Ko, P. Hebert, C. Coffey, A. Sedrakyan, et al A. Clinical trials do not support strong association of beta-blocker therapy with fatigue, depression, or sexual dysfunction.- Journal of the American College of Cardiology, Volume 39, Supplement 2, 6 March 2002, Page 440.
- 4- Duarte E, NajjarC, Barreto E, Lisboa C. Saraiva J.- Prevalence and correlatos of erectile dysfunction: resulted of the Brazilian study of sexual behavior, Urology. Volume 58, Issue 4, October 2001, Pages 583-588.
- 5- Shiñ R, Koskimaki J, Jakkinen J, Tammela J, Huhtala H, Hakama M, Anssi Auvinen A – Effects of Age, Comorbidity and Lifestyle Factors on Erectile Function: Tampere Ageing Male Urological Study (TAMUS), European Urology, IN Press, Corrected Proof, Available online 19 January 2004.
- 6- Cheitlin M.- Sexual Activity and cardiovascular disease, The American Journal of Cardiology, Volume 92, Issue 9, Supplement 1,6 November 2003, Pages 3-8.
- 7- Padma Nathan H, Giulian F, Anglin G, Varenese L, Rosen I, Efficacy of tadalafil for the treatment or erectile dysfunction at 24 and 36 hours after dosing: a randomized controlled trial, Urology, Volume 62, July 2,003, Pages 121-125.

- 8- Mathan V.- Assessing and treating sexual dysfunction, Journal of the American Psychiatric Association, Volume 9, Issue 3, June 2003, Pages 90-95.
- 9- Stolk E, Busschbach J, Are Patients and the general public, ke-Minded about the effect, of erectile dysfunction on quality of life, Urology, Volume 61, Issue 4, April 2003, pages 810-815.
- 10-Althof S, Cappelleri J, Shpilsky A, Stecher V. Diuguid C, Sweeney M, Dattagupta S.- Treatment responsiveness of the self- Esteem An relations questionnaire in erectile dysfunction Urology, Volume 61, Issue 5, May 2003, Pages 888-892.
- 11-Cutler A.- Sexual dysfunction and antipsychotic treatment, psychoneuroendocrinology, Volume 28, Supplement 1, January 2003, Pages 69-82.
- 12-Nicolosi A. Moreira, Jr. E, Shira Mi, Ismail Bin M, Glasser I.- Epidemiology of erectile dysfunction in four countries; cross-national study of the prevalence and correlatos of erectile dysfunction, Urology, Volume 61, Sigue 1, January 2003, Pages 201-206.
- 13-Brock G. Oral Agents: First-Line Therapy for Erectile Dysfunction, European Utology Supplements, Volume 1, Issue 8. November 2002, Pages, 12-18.
- 14-Ko, D. Heber Pt, Coffey C, Sedrakyan A, Curtis J, Krumhoz H. Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysunfunctions, ACC Current Journal Review, Volume 11, Isuse 6, November-December 2002, Page 6.

- 15-Carson C, Burnet Bt, Levine L, Nehra A.- The efficacy of Sildenafil citrate (Viagra) in clinical populations an update, *Urology*, Volume 60, Issue 2, Supplement 2, August 2002, Pages 12-27.
- 16-Young J, Bennet C, Gilhooly P, Ramos D.- Efficacy and safety of sildenafil citrate (Viagra) in black and Hispanic American men, *Urology*, Volume 60, Issue 2, Supplement 2, August 2002, Pages 39-48.
- 17-Nicolos A, Moreira E, Jr, Villa M, Glasser D, A population study of the association between sexual function, sexual satisfaction and depressive symptoms in men, *Journal of affective Disorders*, IN press,, Corrected proof, Available online 22 January 2004.
- 18-Mark R, De Backer G, Komitzer M, Prevalence and correlates of erectile Dysfunction in a Population-based Study in Belgium, *European Urology*, Volume 41, Issue 2, February 2002, Pages 132-138.
- 19-Mirone V, Imbombo C, Bortolotti A, Di Cintio E, Landoni M. Et al Cigarette Smoking as Risk Factor for Erectile Dysfunction: Results from An Italian Epidemiological Study, *European Urology*, Volume 41, Issue 3, March 2002, Pages 294-297.

Anexos

GUIA DE ENTREVISTA

Buenos días señor somos alumnos de de la Maestría de Salud Pública, estamos realizando una encuesta sobre disfunción eréctil masculina desea usted colaborar y participar en el estudio, sus respuestas serán confidenciales. Se leerán una serie de preguntas las que puede contestar si así lo desea o no, también se puede retirar si no quiere contestar las preguntas que a continuación se le harán

1 Edad _____

2. Etnia

Raza Negra _____ Raza Blanca _____ Raza Mestiza _____ Caucásica _____

3. Religión

Evangélica _____ católica _____ protestante _____ otra _____

4. Nivel escolar

Primaria _____ secundaria _____ universidad _____ ninguna _____

5. Ocupación

Maestro _____ agricultor _____ ganadero _____ jornalero _____ otro _____

6. Estado civil

Casado _____ soltero _____ unión libre _____

7. consume bebidas alcohólicas

Si _____ no _____

8. si la respuesta es sí ¿Cuáles?

Chicha _____ cerveza _____ guaro _____ ron _____ otro _____

9. ¿cuánto tiempo tiene de consumirlas?

Menos de 1 año _____ de 1 a 2 años _____ de 2 a 5 años _____ más de años _____

10. Toma medicamentos antidepresivos

Si _____ No _____

Si la respuesta es sí ¿Cuáles?

12. ¿Cuánto tiempo tiene de consumirlas?

Menos de 1 año _____ de 1 a 2 años _____ de 2 a 5 años _____ más de años _____

13. Consume algún tipo de drogas

Si _____ no _____

14. Si la respuesta es sí ¿Cuáles?

Cocaína _____ marihuana _____ heroína _____ crack _____ resistol _____

¿15 Cuánto tiempo tiene de consumirlas?

Menos de 1 año _____ de 1 a 2 años _____ de 2 a 5 años _____ más de años _____

16. Fuma

Si _____ no _____

17 Si la respuesta es sí ¿Cuáles?

Cigarro _____ puro _____ pipa _____

18. ¿Cuánto tiempo tiene de consumirlas?

Menos de 1 año _____ de 1 a 2 años _____ de 2 a 5 años _____ más de años _____

19. Toma algún medicamento

Si _____ no _____

20 Si la respuesta es sí ¿Cuáles?

21 18. ¿Cuánto tiempo tiene de consumirlas?

Menos de 1 año _____ de 1 a 2 años _____ de 2 a 5 años _____ más de años _____

22. Padece de alguna enfermedad crónica

23. Si la respuesta es sí ¿Cuáles?

**Gastritis _____ hipertensión arterial _____ epilepsia _____ diabetes mellitus _____
otra _____**

24. ¿Cuánto tiempo tiene de padecerlas?

Menos de 1 año _____ de 1 a 2 años _____ de 2 a 5 años _____ más de 5 años _____

25.- ¿Cómo califica usted su confianza en poder lograr o mantener una erección?

- Muy baja
- Baja
- Moderada
- Elevada
- Muy elevada

26.- Cuando usted tuvo erecciones, ¿con qué frecuencia fueron lo suficientemente firmes como para lograr la penetración?

- No tuve actividad sexual
- Casi nunca / Nunca
- Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces)
- A veces (aprox. la mitad de las veces)
- La mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces)
- Casi siempre / Siempre

27.- ¿Durante la relación sexual, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener su erección después de haber penetrado a su pareja?

- No intenté mantener relaciones sexuales
- Casi nunca / Nunca
- Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces)
- A veces (aprox. la mitad de las veces)

- La mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces)
- Casi siempre/Siempre

28.- Durante la relación sexual, ¿cuán difícil fue mantener su erección hasta la eyaculación?

- No intenté mantener relaciones sexuales
- Extremadamente difícil
- Muy difícil
- Difícil
- Ligeramente difícil
- No tuve dificultades

29.- Cuando intentó tener una relación sexual, ¿con qué frecuencia ésta fue satisfactoria para usted?

- No intenté mantener relaciones sexuales
- Casi nunca / Nunca
- Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces)
- A veces (aprox. la mitad de las veces)
- La mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces)
- Casi siempre / Siempre

Edad Tabla N°1

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según edad en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
18-20	6	9.8
21-30	13	21.13
31-40	20	32.71
41-50	10	16.39
51-60	6	9.8
61-65	6	9.8
Total	61	100

Fuente: Entrevista

TablaN°2.

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa, según etnia en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009,

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Blanca	6	9.8 %
Caucásica	1	1.6 %
Mestiza	54	88.5 %
Total	61	100 %

Fuente: Entrevista

Tabla N°3.

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa, Religión, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	21	34,4%
Evangelio	18	29,5%
Ninguna	20	32,8%
Protestante	2	3,3%
Total	61	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla N°4

Nivel de Escolaridad, Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa Según Nivel de Escolaridad en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Nivel de Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	9	14.75%
Primaria	33	54.09 %
Secundaria	8	14.0 %
Universitaria	10	17.5 %
Total	61	100 %

Fuente: Entrevista

Tabla N°5.

Ocupación, Nivel de Escolaridad, Prevalencia de la Disfunción Eréctil en Pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Ocupación, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor	27	44. %
Ganadero	2	3.3 %
Jornalero	3	4.9 %
Maestro	2	3.3 %
Comerciante	27	44 %
Total	61	100. %

Fuente: Entrevista

Tabla N°6

Ocupación, Nivel de Escolaridad, Prevalencia de la Disfunción Eréctil en Pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa Estado civil según en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	24	39.4%
Soltero	16	26.22%
Unión Libre	21	34.42
Total	61	100.0%

Fuente: Entrevista

Tabla N°7

Ocupación, Nivel de Escolaridad, Prevalencia de la Disfunción Eréctil en Pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Consumo de bebidas alcohólicas, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Consumo bebidas alcohólicas	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	62.3%
No	23	37.7%
Total	61	100.0%

Fuente: Entrevista

Tabla N° 8

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Tipo de bebidas alcohólicas, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Bebidas	Frecuencia	Porcentaje
cerveza	13	34.2%
Aguardiente	25	65.78
Total	38	100.0%

Fuente: Entrevista

Tabla N° 9

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Tiempo consumo de bebidas alcohólicas, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Tiempo de consumo	Frecuencia	Porcentaje
De1-2 años	2	5.3 %
De 2- 5 años	5	13.2 %
De 2 a 5 Años	1	2.6 %
más de 5 años	30	78.9 %
Total	38	100.0 %

Fuente: Entrevista

Tabla N° 10

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Consumo de medicamentos antidepresivos, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Medicamentos antidepresivos	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	6.55%
No	57	93.4%
Total	61	100.0%

Fuente: Entrevista

Tabla N °11

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Medicamentos antidepresivos, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Antidepresivos	Frecuencia	Porcentaje
cernoline	1	25,0%
meta morfina	1	25,0%
morelin	1	25,0%
zomacina, amitriptilina	1	25,0%
Total	4	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla N °12

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Tiempo de consumo de Medicamentos antidepresivos, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Tiempo de consumirlos	Frecuencia	Porcentaje
De 1 - 2 años	2	50.0%
Más de 5 años	2	50.0%
Total	4	100.0%

Fuente: Entrevista

Tabla N °13

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Consumo de Drogas, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Consumo de Drogas	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	3.3 %
No	59	96.7%
Total	61	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla N °14

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Consumo de Drogas, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Consumo de Drogas	Frecuencia	Porcentaje
cocaína	1	50.0%
cocaína, marihuana,	1	50.0%
Total	2	100.0%

Fuente: Entrevista

Tabla N °15

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Tiempo de Consumo de Drogas, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Tiempo de consumo de Drogas	Frecuencia	Porcentaje
Más de cinco años	2	100.0%
Total	2	100.0%

Fuente: Entrevista

Tabla N ° 16

Fuma, Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

16.Fuma	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	36.06%
No	39	63.93%
Total	61	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla N ° 17

Fuma, Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Fuma, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Fuma	Frecuencia	Porcentaje
Cigarro	20	90,90%
Puro	2	9,09%
Total	22	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla N ° 18

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Tiempo de Fumar, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Tiempo de Fumar	Frecuencia	Porcentaje
De dos Años a cinco años	1	4.5%
De un año a dos años	2	9.1%
Mas de cinco años	17	77,3%
Menos de un año	2	9.1%
Total	22	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla N ° 19

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Consumo de Medicamentos, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Consume medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Yes	22	36,7%
No	39	63,94%
Total	61	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla N ° 20

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Consumo de Medicamentos, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Ranitidina	14	63.63%
Enalapril	8	36.36%
Total	22	100.0%

Fuente: Entrevista

Tabla N ° 21

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Enfermedades crónicas, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Enfermedades crónicas	Frecuencia	Porcentaje
Yes	22	36-06%
No	39	65.0%
Total	61	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla N ° 22

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Enfermedades crónicas, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Enfermedad crónica	Frecuencia	Porcentaje
Gastritis	14	47,6%
Hipertensión Arterial	8	36.36%
Total	22	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla N ° 23

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Tiempo de Padecer Enfermedades crónicas, según en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Tiempo de Padecer Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
De dos años a cinco años	3	14.3 %
Más de cinco años	15	71.42 %
Menos de un año	1	4.8 %
uno a dos años	5	22.71 %
Total	21	100.0 %

Fuente: Entrevista

Tabla N ° 24

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Confianza en poder lograr o mantener una erección, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Confianza en poder lograr o mantener una erección	Frecuencia	Porcentaje
Baja	9	14.8%
Elevada	13	21.3%
Moderada	24	39.3%
Muy Baja	2	3.3%
Muy Elevada	13	21.3%
Total	61	100.0%

Fuente: Entrevista

Tabla N ° 24

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Confianza en poder lograr o mantener una erección Firme para lograr una penetración, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Erecciones Firmes para lograr la penetración	Frecuencia	Porcentaje
A veces (aprox. la mitad de las veces)	3	4.9%
Casi nunca / Nunca	9	14.8%
Casi siempre / Siempre	21	34.4%
La mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces)	21	34.4%
Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces)	7	11.5%
Total	61	100.0%

Fuente: Entrevista

Tabla N ° 25

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Capacidad de mantener su erección después de haber penetrado a su pareja, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Con qué frecuencia fue capaz de mantener su erección después de haber penetrado a su pareja	Frecuencia	Porcentaje
A veces (aprox. la mitad de las veces)	8	13,1%
Casi nunca / Nunca	6	9,8%
Casi siempre/Siempre	30	49,2%
La mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces)	14	23,0%
Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces)	3	4,9%
Total	61	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla N ° 25

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según fue capaz de mantener su erección después de haber penetrado a su pareja, la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Frecuencia fue capaz de mantener su erección después de haber penetrado a su pareja	Frecuencia	Porcentaje
A veces (aprox. la mitad de las veces)	8	13.1%
Casi nunca / Nunca	6	9.8%
Casi siempre/Siempre	30	49.2%
La mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces)	14	23.0%
Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces)	3	4.9%
Total	61	100.0%

Fuente: Entrevista

Tabla N ° 26

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Cuán difícil fue mantener su erección hasta la eyaculación, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Cuán difícil fue mantener su erección hasta la eyaculación	Frecuencia	Porcentaje
Difícil	3	4.9%
Ligeramente difícil	9	14.8%
Muy difícil	1	1.6%
No tuve dificultades	48	78.7%
Total	61	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla N° 26

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Frecuencia de satisfacción sexual, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Con qué frecuencia ésta fue satisfactoria para usted	Frecuencia	Porcentaje
A veces (aprox. la mitad de las veces)	4	6.6 %
Casi siempre / Siempre	51	83.6 %
La mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces)	5	8.2 %
Pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces)	1	1.6 %
Total	61	100.0 %

Fuente: Entrevista

Tabla N° 27

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa Relación Entre Edad Y Grado De Disfunción, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Edad	Leve		Moderada		Total
	F	%	F	%	
18-20	1	4.	0	0	1
21-30	6	24	0	0	6
31-40	5	20	0	0	5
41-50	6	24	0	0	6
51-60	1	4	1	4	1
61-65	6	24	0	0	6
Total	24	100	1	4	25

Fuente: Entrevista

Tabla N°28

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Grado De Disfunción, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Grado de Disfunción	Frecuencia	Porcentaje (%)
Leve	24	96
Moderada	1	4
Total	25	100

Fuente: Entrevista

Tabla N° 29

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Etnia / DE en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Etnia	Disfunción Eréctil				Total
	Leve		Moderada		
	F	%	F	%	
Blanca	7	28%	0	0	7
Mestiza	18	68	1	100	18
Total	25	100	1	100	25

Fuente: encuesta

Tabla N° 30

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual según religión activa en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

RELIGIÓN	Disfunción Eréctil				Total
	Leve		Moderada		
	F	%	F	%	
Católica	20	80%	0	0	20
Evangélica	1	4	1	100	1
Protestante	2	8	0	0	2
Ninguna	2	8	0	0	2
Total	25	100	1	100	25

Fuente: encuesta

Tabla N° 31

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual según Nivel de Escolaridad / Disfunción Eréctil, activa en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Escolaridad	Disfunción Eréctil				Total
	Leve		Moderada		
	F	%	F	%	
Primaria	20	80%	0	0	20
Secundaria	1	4	1	4	1
Universitaria	2	8	0	0	2
Ninguna	2	8	0	0	2
Total	25	100	1	4	25

Fuente: encuesta

Tabla N° 32

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa Ocupación / Disfunción Eréctil, según en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Ocupación	Disfunción Eréctil				Total
	Leve		Moderada		
	F	%	F	%	
Agricultor	20	80%	0	0	20
Comerciante	1	4	1	4	1
Jornalero	2	8	0	0	2
Maestro	2	8	0	0	2
Ganadero	0	0	0	0	0
Total	25	100	1	4	25

Fuente: encuesta

Tabla N° 33

, Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Estado Civil / Disfunción Eréctil en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Estado Civil	Disfunción Eréctil				Total
	Leve		Moderada		
	F	%	F	%	
Casado	20	80%	0	0	20
Soltero	1	4	1	4	1
Unión libre	4	16	0	0	2
Total	25	100	1	4	25

Fuente: encuesta

Tabla N° 34

, Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Estado Civil / Disfunción Eréctil en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Disfunción Eréctil	Consumo de Antidepresivos				Total
	Si		No		
	F	%	F	%	
Leve	1	4	24	96	1
Moderada	0	0	0	0	0
Total	1	4	24	96	25

Fuente: encuesta

Tabla N°35

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Disfunción Eréctil / HTA, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Hipertensión Arterial	Disfunción Eréctil				Total
	Leve		Moderada		
	F	%	F	%	
Con Hipertensión	3	12	1	4	4
No Hipertensión	21	84	0	0	21
Total	24	96	1	4	25

Fuente: Entrevista

Tabla N° 36

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Relación Fumador Disfunción Eréctil, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Disfunción	Fumador				Total
	No Fumador		Fumador		
	F	%	F	%	
Leve	15	60	9	36	24
Moderada	0	0	1	4	1
Total	15	60	10	40	25

Fuente: Entrevista

Tabla N 37

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Tiempo Fumando/ Disfunción Eréctil, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Disfunción Eréctil	No Fumador				Fumador		Total
	Menos de 1 año		De 2 a 5 Años		Más de 5 Años		
	F	%	F	%	F	%	
Leve	9	36	0	0	15	60	24
Moderada	1	4	0	0	0	0	1
Total	10	40	0	0	15	60	25

Fuente: Entrevista

Tabla N° 38

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Relación disfunción Eréctil / Gastritis, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Disfunción	Gastritis				Total
	No Gastritis		Gastritis		
	F	%	F	%	
Leve	10	40	14	56	24
Moderada	1	4	0	0	1
Total	11	54	14	56	25

Fuente: Entrevista

Tabla N° 38

Relación DE/ Consumo de Alcohol, Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Disfunción	Consumo de alcohol				Total
	No		Si		
	F	%	F	%	
Leve	13	52	11	44	24
Moderada	0	0	1	4	1
Total	13	52	12	48	25

Fuente: Entrevista

Tabla N° 39

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según tiempo en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 200933

Disfunción Eréctil	Consume alcohol			No consume alcohol			Total
	Menos de 1 año		De 2 a 5 Años	Más de 5 Años			
	F	%	F	%	F	%	
Leve	13	52	0	0	11	44	24
Moderada	0	0	0	0	1	4	1
Total	13	52	0	0	12	48	25

Fuente: Entrevista

Tabla N° 40

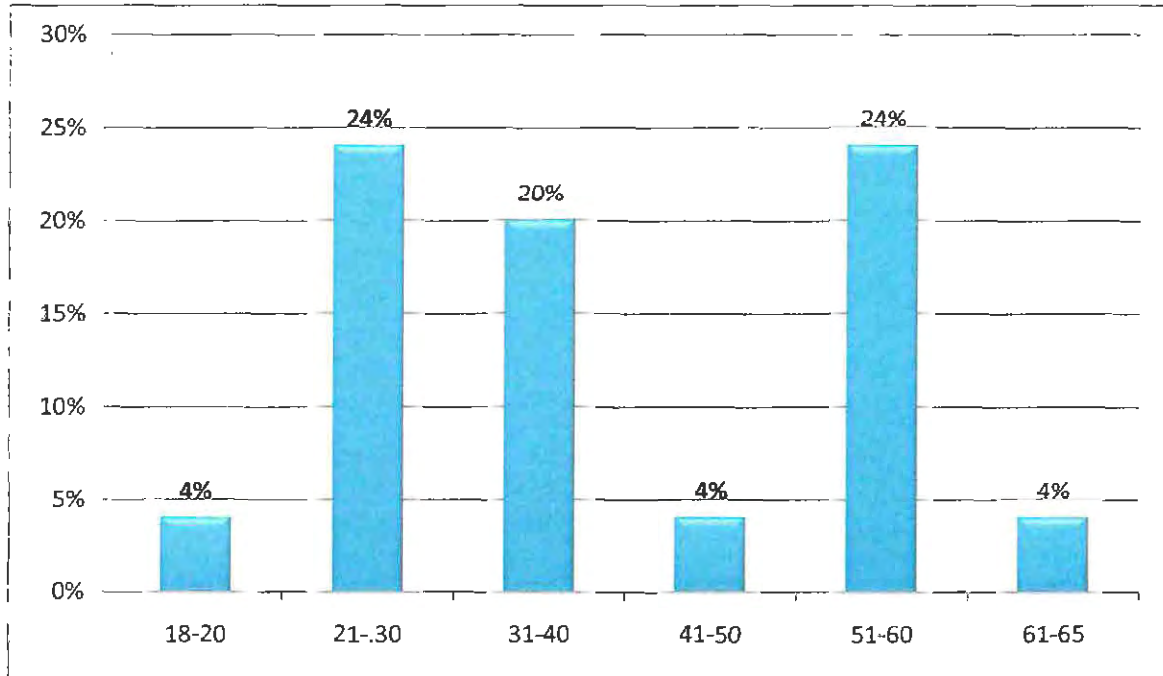
Relación DE/ Consumo de Alcohol, Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009

Disfunción	Estrés				Total
	No		Si		
	F	%	F	%	
Leve	13	25	11	44	24
Moderada	0	0	1	4	1
Total	13	25	12	100	25

Fuente: Entrevista

Grafico N°1

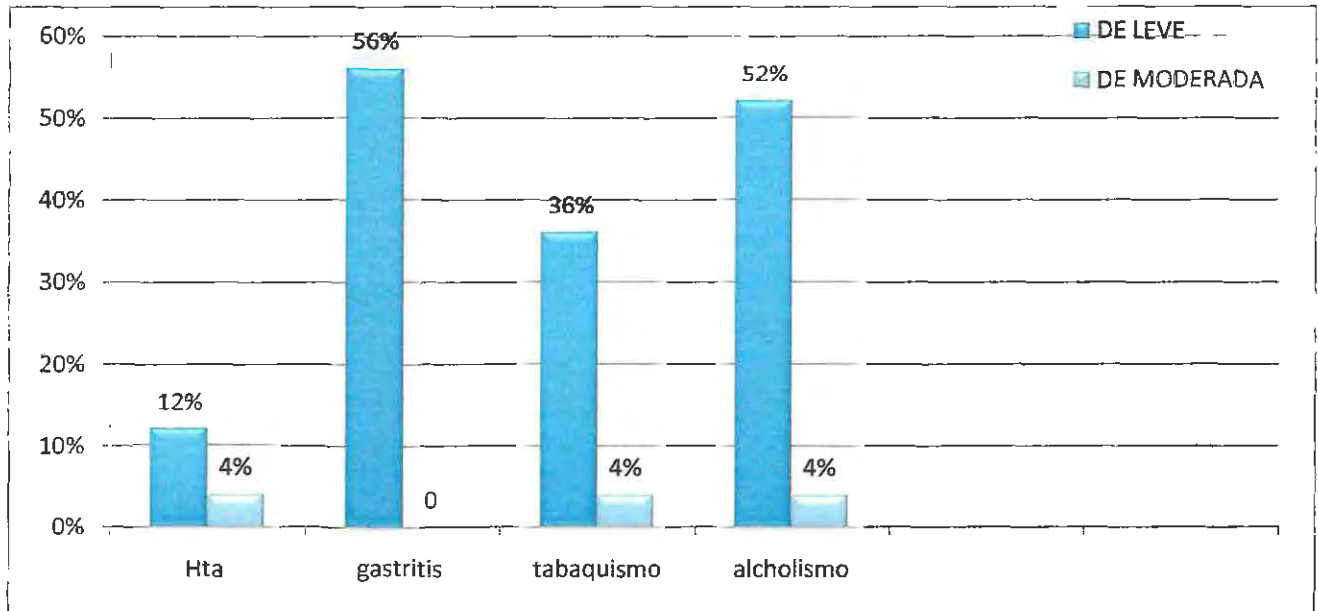
Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Edad, en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009



Fuente: Tabla N° 1

GRAFICO N° 2

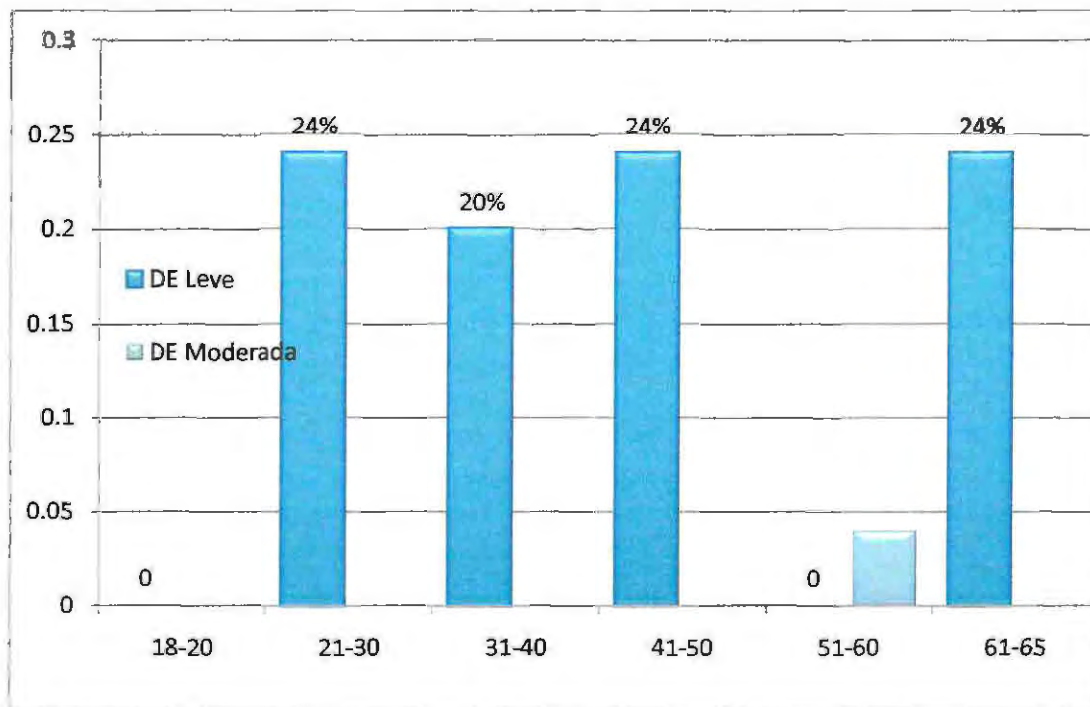
Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Relación Tipo de Enfermedad/ DE en la comunidad de Santa María Daní El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009



FUENTE: Tabla N° 35, 36, 37,38

GRAFICO N°3

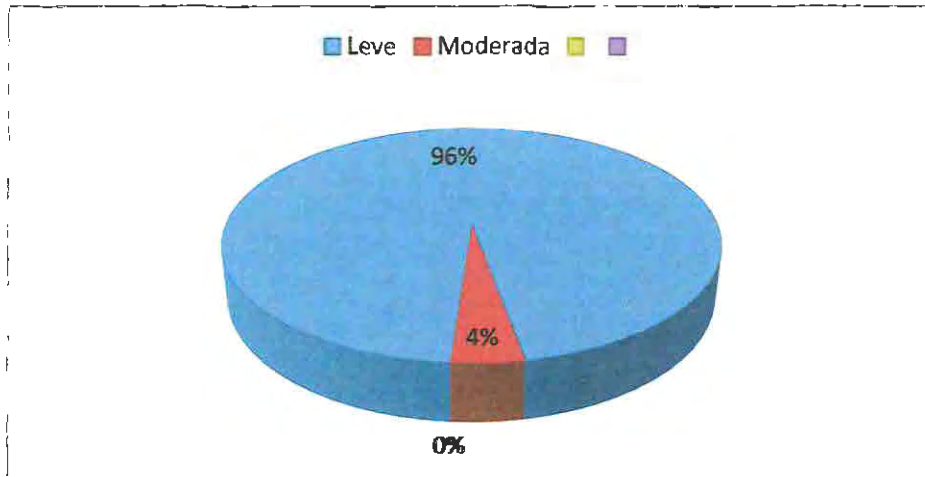
Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Relación Edad/ DE en la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009



Fuente: Tabla N° 27

Grafico N°4

Prevalencia de la Disfunción Eréctil en pacientes de 18 a 65 años con vida sexual activa según Tipo DE la comunidad de Santa María Danlí El Paraíso Honduras C.A en periodo de Enero 2009 a Marzo del 2009



Fuente: Entrevista **FUENTE: N° 28**