



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

COORDINACION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27

**TITULO DE INVESTIGACIÓN: RELACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD
CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES EN PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN.**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALEJANDRO AYALA ZÚÑIGA

ASESOR

DRA. MARÍA CECILIA ANZALDO CAMPOS

TIJUANA, BAJA CALIFORNIA MÉXICO

FEBRERO 2016



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27

TITULO DE INVESTIGACIÓN: RELACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD
CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES EN PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN.

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ALEJANDRO AYALA ZÚÑIGA

ASESOR

DRA. MARÍA CECILIA ANZALDO CAMPOS

TIJUANA, BAJA CALIFORNIA MÉXICO

FEBRERO 2016

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

Investigador principal: Alejandro Ayala Zúñiga

Matricula: 98021617

Cargo: Médico Residente

Adscripción: UMF No 27, Tijuana

Domicilio: Boulevard Gustavo Díaz Ordaz 15986, La Mesa, 22650 Tijuana, B.C

Correo Electrónico: drayalaalejandromf@gmail.com

Teléfono: (664) 1677590

Asesor: Dra. María Cecilia Anzaldo Campos

Matricula: 9920153

Cargo: Coordinador Clínico de Educación e Investigación

Adscripción: UMF No. 27 Tijuana

Domicilio: Boulevard Gustavo Díaz Ordaz 15986, La Mesa, 22650 Tijuana, B.C

Correo Electrónico: maria.anzaldo@imss.gob.mx

Teléfono: (664) 6296385.

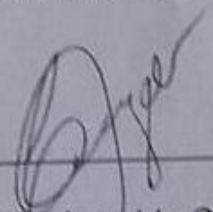
Tijuana, Baja California, 10 de Febrero del 2016.

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada , "Relación de sobrepeso y obesidad con disfunción eréctil, en pacientes adultos jóvenes en primer nivel de atención" elaborada por Ayala Zúñiga Alejandro, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Anzaldo', is written over a horizontal line.

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos
Director de Tesis

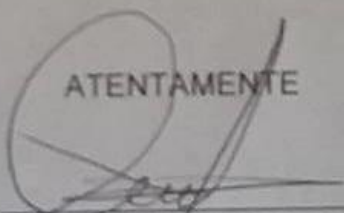
Tijuana, Baja California, a 10 de Febrero del 2016

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada "Relación de sobrepeso y obesidad con disfunción eréctil, en pacientes adultos jóvenes en primer nivel de atención", elaborada por Ayala Zúñiga Alejandro, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra. Maria del Rocío Serrano Díaz
Sinodal

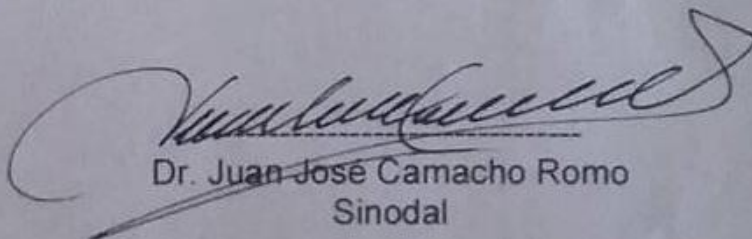
Tijuana, Baja California, a 10 de Febrero del 2016

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada **“Relación de sobrepeso y obesidad con disfunción eréctil, en pacientes adultos jóvenes en primer nivel de atención”**, elaborada por **Ayala Zúñiga Alejandro**, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Juan José Camacho Romo
Sinodal

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme a mis padres y a todos a quien le agradezco.

A mis padres y hermana que me han acompañado en el trayecto de mi vida, quienes siempre han estado ahí presentes durante el camino; que me han apoyado en las buenas y en las malas; que son catalizadores motivacionales y que brindan apoyo moral día con día.

A mis jefes de enseñanza que han funcionado como ejemplo a seguir, A mis compañeros residentes de la especialidad de Medicina Familiar, y compañeros troncales de otras especialidades que han contribuido con el conocimiento.

A mis compañeros y colegas de toda la vida y a mis hermanos médicos de mi servicio social profesional en San Juanito Chihuahua, que durante 6 meses formaron la familia más grande que he tenido.

INDICE DE ABREVIATURAS

AUDIT: Alcohol use disorders identificación test

Cm: Centímetro

DE: Disfunción eréctil

IIFE-5: Índice Internacional de función eréctil abreviado, 5 Ítems

IMC: Índice de masa corporal

Kg: Kilogramos

OMS: Organización mundial de la salud

SEEDO: Sociedad Española para el estudio de la obesidad

SHIM: Sexual health Inventory for males

ÌNDICE

	Página
Resumen.....	1
Antecedentes.....	2
Planteamiento.....	8
Objetivos.....	9
Justificación.....	10
Hipótesis.....	12
Material y métodos.....	13
Definición operacional de las variables.....	19
Aspectos éticos.....	23
Recursos utilizados.....	23
Resultados.....	24
Discusión.....	27
Conclusión.....	28
Recomendaciones y limitantes de la investigación.....	30
Bibliografía.....	31
Anexos.....	39

RESUMEN

TÍTULO: Relación de sobrepeso y obesidad con disfunción eréctil en pacientes adultos jóvenes en primer nivel de atención.

INVESTIGADORES: Alejandro Ayala Zúñiga, María Cecilia Anzaldo Campos

ANTECEDENTES: La Obesidad es una enfermedad sistémica, crónica y multifactorial. En la región norte se observó una media de IMC de 28.1 en hombres jóvenes, en Baja California se informa una prevalencia de 35.4% de sobrepeso y 39.5% de obesidad. Dando un total de 74.9%. La disfunción eréctil es definida como la incapacidad de lograr o mantener, una erección durante una relación sexual. En México la prevalencia es de 18% en la población entre 18 y 40 años.

OBJETIVOS: Determinar la frecuencia de disfunción eréctil en pacientes adultos jóvenes con sobrepeso y obesidad en la Unidad de Medicina familiar numero 27 así como los factores de riesgo asociados.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio no experimental transversal, descriptivo y correlacional. Previo consentimiento informado, se aplicó instrumentos validados para determinar disfunción eréctil; test IIFE-5 o SHIM, y la escala AUDIT y un cuestionario de características sociodemográficas; se realizó somatometría (Peso, talla, IMC y perímetro de cintura).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se tomó una muestra de 320 pacientes. Se empleó estadística descriptiva, medidas de tendencia central, dispersión frecuencias y porcentajes para variables cuantitativas. Estadística no paramétrica para realizar análisis bivariado con prueba Chi cuadrada, razón de Momios y regresión lineal. Utilizando el SPSS 21, con la finalidad de facilitar la manipulación de los datos.

PALABRAS CLAVE: Disfunción eréctil, Sobrepeso, Obesidad, IIFE-5, SHIM, AUDIT, Fagestrom.

ANTECEDENTES

La Obesidad es una enfermedad sistémica, crónica y multifactorial, que ha alcanzado, proporciones epidémicas a nivel mundial, y constituye un grave problema de salud pública, debido a que genera un incremento de la morbilidad asociada y en los costos de salud, así como una disminución de la sobrevida y la calidad de vida.¹

El sobrepeso y la obesidad continúan siendo prevalentes especialmente en algunos grupos raciales y étnicos, como en aquellos con menores ingresos y menor educación.²

Los puntos de corte aceptados definen a las personas con sobrepeso (IMC 25 a 29.99 kg/m²) y Obesos (IMC $\geq$ 30 kg/m²) El aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en varios países ha sido descrito como una pandemia global, en 2010 el sobrepeso y la obesidad causaron aproximadamente 3.4 millones de muertes. A nivel mundial la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumento de 875 millones en 1980 a 2.1 Billones en 2013.³ 66 % de los adultos de Estados Unidos tienen sobrepeso u obesidad.⁴

Un estudio en Canadá estimó que la población en normopeso disminuyó un 7% entre 2000/01 y 2011, los autores predicen un que esta categoría continuara en decline y que el 55% de la población adulta tendrá sobrepeso u obesidad en el 2019.⁵

La frecuencia de obesidad en la población europea es aproximadamente de 15%. En otro estudio se reveló que el 50% de hombres jóvenes entre 20-39 años tienen peso excesivo: 36% tuvieron sobrepeso y 14% tuvieron obesidad.⁶

En México la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los hombres es de 69.4%, la prevalencia de sobrepeso y obesidad tienen sus valores más bajos en los grupos de edad extremos de la edad adulta, el grupo de edad joven 20-29 años y el grupo de mayor edad (80 o más), el sobrepeso aumenta en hombres a un valor máximo en la década de los 60-69 años, mientras que en la obesidad la prevalencia más alta se presenta en el grupo de edad de 40 a 49 años. En el periodo del 2000 al 2012 la prevalencia de sobrepeso aumento 3.1% y la de obesidad 38.1%, al agrupar sobrepeso y obesidad la prevalencia según ENSANUT se incrementó 14.3%. En la categorización por regiones, el norte tuvo una prevalencia de sobrepeso 10% menor que las otras regiones, pero una prevalencia de obesidad mayor que el centro (17.1%), Ciudad de México (15.9%) y sur (14.9%), El que 7 de cada 10 adultos presenten sobrepeso y que de estos la mitad presenten obesidad constituye un serio problema de salud pública.⁷

Para el 2010 según INEGI el total nacional de los individuos de 20 a 39 años de edad fue de 18, 434,285. Para Baja california un total de 3155070 habitantes, de los cuales 1591 610 eran hombres. Tijuana contaba con una población total de 1,559 ,683 habitantes.⁸

En la región norte se observó una media de IMC de 28.1 en hombres de 20 años o más. Baja California resultó con una prevalencia de obesidad abdominal en adultos mayores de 20 años del 74.4%.⁹

El CENAPRECE Informa una prevalencia en Baja California de sobrepeso de 35.4% y de Obesidad de 39.5% dando un total de 74.9%.¹⁰

La disfunción eréctil es definida como la incapacidad de lograr o mantener, una erección suficiente durante una relación sexual.¹¹

A nivel mundial, la disfunción eréctil afecta entre el 13% al 28% de hombres entre los 40 y 80 años de edad. En países latinoamericanos como Chile, la prevalencia en adultos mayores de 40 años de edad fue del 51.5%; y en Argentina en adultos de entre 18 y 55 años de edad fue del 19.5%. En México, esta patología representa un problema de salud al reportarse presente en el 18% de la población entre 18 y 40 años de edad, y en el 55% de hombres mayores de 40 años de edad.¹²

Un número de hombres jóvenes (menores de 40 años) sufren de disfunción eréctil. El rango en la prevalencia varía ampliamente, dependiendo de la población y criterios definitorios.¹³

Las categorías de factores de riesgo asociados con la disfunción eréctil incluyen en general el estado de salud del individuo, la presencia de Diabetes Mellitus, y de la enfermedad cardiovascular, la concurrencia de enfermedades del tracto genitourinario, trastornos psiquiátricos, psicológicos y sociodemográficos. Varios estudios transversales y longitudinales mostraron una asociación entre la

disfunción eréctil y la mayoría de los factores de riesgo cardiovascular, tales como diabetes, tabaquismo, hipertensión, dislipidemia y síndrome metabólico.¹⁴

En un cuestionario se encontró que dos tercios de los médicos generales pensaron que la disfunción sexual fue lo suficientemente importante para la gestión en la práctica general.¹⁵

Serhat Tanik, y cols. Demostraron que el IMC fue mayor en pacientes con disfunción eréctil que en pacientes sin disfunción eréctil $28.19 \pm 4.45 \text{ kg/m}^2$ contra $23.84 \pm 2.36 \text{ kg/m}^2$, $P = 0.001$, respectivamente.¹⁶

Costanzo P. y cols, en 2008 en Argentina encontraron una mayor prevalencia de síndrome metabólico en los pacientes con disfunción eréctil. Entre los estudios realizados en población joven, está el de Parazzini, quien informa una prevalencia de 12.8% de disfunción eréctil en mayores de 18 años¹⁷

Barroso-Aguirre J, y cols. Encontraron en México en el 2001, una prevalencia de disfunción eréctil del 9.7% que desglosado fue 7.9% para disfunción eréctil leve, 1.2% para moderada y 0.6% para severa, al intentar relacionar variables de hábitos tanto de ejercicio, como uso de tabaco y/o alcohol, no se encontraron relaciones de dependencia que fueran significativas estadísticamente. Al buscar la relación entre la disfunción eréctil y las variables sociodemograficas solo se encontró una relación de dependencia con la escolaridad primaria y las categorías de disfunción eréctil leve y severa de manera semejante a lo informado por Martin-Morales y cols.¹⁸ El cual encontró una mayor predisposición de disfunción

eréctil en pacientes que no sabían leer ni escribir o tenían bajo grado de escolaridad.¹⁹

Han TS y cols. Demostraron que hombres obesos con alto IMC o elevado perímetro de cintura se encuentran en un riesgo mayor de síntomas físicos, psicológicos y sexuales que pueden disminuir la calidad de vida independientemente de la edad y estilos de vida.²⁰

En estudios epidemiológicos se sugiere que el valor predictivo de la disfunción eréctil es más fuerte en hombres jóvenes.²¹

Aquellos con disfunción eréctil tienen un riesgo significativamente incrementado de eventos cardiovasculares, como enfermedad arterial coronaria, evento vascular cerebral, y enfermedad vascular periférica, y todas las causas de mortalidad comparados con aquellos sin disfunción eréctil.²²

La disfunción eréctil manifiesta precede clínicamente a la enfermedad cardiovascular de 2 a 5 años, proporcionando un tiempo de ventana invaluable para modificaciones tempranas en cuanto a los factores de riesgo y mejoría en resultados finales.²³

El Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5), es una herramienta diagnóstica, que ha demostrado ser un método sencillo que puede evaluar esta condición en estudios con un gran número de hombres.²⁴

Se desarrollo una versión corta del Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE), para diagnosticar la presencia y severidad de la disfunción eréctil. Los 5 ítems elegidos se seleccionaron en la capacidad de identificar la presencia o ausencia

de disfunción eréctil y en concordancia con la definición de disfunción eréctil del Instituto Nacional de Salud. Los ítems se enfocaron en la función eréctil y la satisfacción. Para 1152 hombres (1036 con Disfunción eréctil, 116 controles) analizados, el IIEF-5 es un test diagnóstico excelente. Basado en un rango de disfunción eréctil y no eréctil en un punto de corte de 21, (rangos entre 5 y 25), discrimina mejor (sensibilidad .98, especificidad .88) La disfunción eréctil fue clasificada en cinco niveles de severidad, en un rango de ninguna (22 +- 25) a la severa (5+ 7).²⁵

El Sexual Health Inventory For Male (SHIM), como el original IIFE ha sido traducido más de 30 lenguajes y ha sido usado como una medida de tamizaje en la práctica clínica en Estados Unidos y otros países²⁶

En el tratamiento de la obesidad la evidencia abarca una intensa intervención en la restricción dietética, y un aumento en la actividad física, lo cual es considerado la primera línea de terapia. El tratamiento de las comorbilidades es clave. Las estrategias deben dirigirse a modificaciones en el estilo de vida que incluyan cambios en los patrones de alimentación, prácticos, accesibles y sostenibles.²⁷

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de disfunción eréctil en pacientes con sobrepeso y obesidad?

¿Cuáles son los factores implicados en la disfunción eréctil en pacientes con sobrepeso y obesidad?

OBJETIVOS GENERALES

1. Determinar la frecuencia de disfunción eréctil en pacientes con sobrepeso y obesidad
2. Determinar los factores implicados en la disfunción eréctil en pacientes con sobrepeso y obesidad

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la frecuencia de adultos jóvenes, con disfunción eréctil leve, leve a moderada, moderada, severa, sin disfunción
2. Determinar comorbilidades más frecuentemente asociado a disfunción eréctil
3. Determinar factores socioculturales más frecuentemente asociados a disfunción eréctil
4. Identificar la edad más frecuentemente asociada a disfunción eréctil

JUSTIFICACIÓN

La obesidad es una patología que afecta a millones de personas en el mundo, así como en México es un padecimiento que se encuentra en los primeros lugares en morbilidad y mortalidad.

El aumento en la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional se relaciona con la presencia de comorbilidades en el paciente con sobrepeso y obesidad. Sin embargo es común también en individuos jóvenes.

El ambiente en el cual se produce está influenciado por la inactividad física, el consumo de comida rápida, falta de ejercicio, tabaquismo, alcoholismo, y la presencia de otras enfermedades crónico degenerativo como Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial, depresión, entre otras.

La sexualidad humana es un componente indispensable en las relaciones humanas, el ejercicio de la misma en una relación está sujeto a diversas presiones, tanto para hombre como para la mujer. El hombre en diversas sociedades así como en la mexicana tiene la obligación de cumplir adecuadamente con la satisfacción de la pareja, el contexto machista demerita la posibilidad de que el hombre padezca disfunciones sexuales, dentro de estas la disfunción eréctil que es la más común.

La obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de disfunción eréctil, el reconocimiento oportuno en pacientes adultos jóvenes de una medición sencilla como el índice de masa corporal, y la aplicación de un test breve y validado son puntos clave a realizar en consulta externa para su abordaje. La detección temprana funcionaria como variable para incrementar la adherencia al tratamiento de esta misma.

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo:

A mayor IMC, mayor número de pacientes con disfunción eréctil

Hipótesis nula:

El IMC de los pacientes no se relaciona con disfunción eréctil

METODOLOGÍA

Diseño del estudio: Transversal, descriptivo, observacional, correlacional

Lugar y periodo de realización: Unidad de Medicina Familiar No. 27, durante el periodo comprendido del 1ero de Abril del 2015 al 31 de julio del 2015.

Selección y tamaño de la muestra: El tipo de muestreo fué no probabilístico, dirigido por cuotas. El tamaño de la muestra se determinó de acuerdo a la siguiente fórmula; y en base a prevalencia en México de disfunción eréctil en pacientes jóvenes con sobrepeso y obesidad que es del 20%.

$$N = Z^2 \times P (1-P) / m^2$$

N= tamaño de la muestra

Z= nivel de significancia del 95% (valor estándar de 1.96)

P= prevalencia estimada de la población a estudiar

m= margen de error del 5% (valor estándar de 0.05)

Se seleccionó un tamaño muestrario de 245, para aumentar la potencia estadística se elevo a 320 participantes.

Criterios de inclusión: Adultos con sobrepeso y obesidad según criterios de la OMS, de entre 20 a 39 años, derechohabientes de la UMF No. 27 IMSS Tijuana, firma de consentimiento informado, escolaridad mínima primaria completa, afiliados al turno matutino o vespertino.

Criterios de no inclusión: Adultos sin sobrepeso y obesidad. Menores de 20 años o $\geq$ de 40 años, no derechohabientes de la UMF No. 27 IMSS Tijuana, tratamiento previo para disfunción eréctil, no firmaron consentimiento informado o tuvieron otros motivos para no participar en el estudio

Criterios de exclusión: Que no completen el interrogatorio o abandonen el estudio.

MÉTODO

En la sala de espera de la consulta externa de la UMF No. 27 se abordó a los pacientes con sobrepeso y obesidad, quienes acudieron a consulta con su médico familiar en los diferentes consultorios asignados a esta unidad.

Se invitó a participar a pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, otorgándose firma de consentimiento informado para participación en el estudio y se realizó explicación verbal sobre su participación.

Se realizó encuesta con variables sociodemográficas: Edad, lugar de origen, estado civil, escolaridad, religión, ocupación, turno laboral, jornada laboral, pareja sexual. Medidas antropométricas: Peso, talla, IMC, perímetro de cintura. Comorbilidades: DM2, Hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad vascular, consumo de Silendafil, ingesta de algún otro medicamento (Antihipertensivo,

antidepresivo, broncodilatador, antihistamínico u otro), depresión. Hábitos: Ejercicio, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción,

Se otorgaron cuestionarios del IIFE-5, para determinar disfunción eréctil.

A los participantes que confirmen uso de alcohol y o tabaco se les realizaron los test AUDIT para determinar dependencia de alcohol y Fagerstrom para conocer dependencia a nicotina.

El peso y talla de cada uno de los participantes se cuantificó con báscula calibrada de la unidad de medicina familiar; se calculó el IMC además de tomarse los registros pertinentes.

Perímetro de cintura:

Se realizó la medición de la circunferencia abdominal la cual debe realizarse con una cinta métrica de fibra de vidrio, con el sujeto de pie, sin ropa a nivel abdominal, en posición anatómica: pies juntos y abdomen relajado, los brazos a los lados ligeramente separados y el peso repartido en forma equitativa entre ambos pies. Colocándose la cinta métrica alrededor de la cintura: tomando como referencia la línea media axilar se localiza el punto medio entre el reborde costal inferior y el borde superior de las crestas ilíacas. La lectura se realizó al final de una espiración normal, asegurándose de que la cinta esté ajustada pero sin comprimir la piel y en un plano paralelo con el piso. La medida se registró en centímetros.

Peso y Talla:

Peso:

Para la medición del peso el sujeto se colocó en posición erecta y relajada, sin zapatos y calcetines, ni objetos en cabeza, manos, bolsas, de frente a la báscula con la vista fija en un plano horizontal. Las palmas de las manos extendidas y descansando lateralmente en los muslos; con los talones ligeramente separados, los pies formando una V ligera y sin hacer movimiento alguno. Se utilizó báscula mecánica marca Nuevo León con lectura máxima de 160 Kgs, calibrada con método según OMS.

Talla:

El sujeto se posicionó de espaldas, haciendo contacto con el estadímetro (colocado verticalmente), con la vista fija al frente del plano horizontal; los pies formando ligeramente una V y los talones entreabiertos. Se deslizó la parte superior del estadímetro y al momento de tocar la parte superior más prominente de la cabeza. Se tomó la lectura exactamente en la línea que marca la estatura.

Para su medición se utilizó estadímetro, el cual se encuentra en báscula Nuevo León con un parámetro máximo de 1.95 mts.

Se determinó el índice de Quetelet: Se dividió el peso corporal y la estatura elevada al cuadrado (Kg / m^2)

INSTRUMENTOS:

CUESTIONARIOS:

1. INDICE INTERNACIONAL DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL IIFE-5

Es una escala multidimensional, validada al español la cuál ha sido adoptada como una herramienta diagnóstica de la disfunción eréctil, en respuesta a cada una de las 5 variables, basada en una puntuación de 0 a 5 o de 0 a 1 dependiendo de la variable, la cuales al sumarse otorgan un puntaje total que va del 1 al 25, en los que mayores puntajes indican mejor salud sexual. Pacientes con un puntaje de 21 o menos tienen evidencia de disfunción eréctil, los resultantes con la misma deben ser enviados a consulta para evaluación y tratamiento de su condición. La clasificación de la disfunción eréctil se dividió en 5 grados de severidad, sin disfunción eréctil (22-25), disfunción eréctil leve (17-21), leve a moderada (12-16), disfunción eréctil moderada (8-11), disfunción eréctil severa (5-7).

2. TEST AUDIT

Cuestionario sencillo compuesto por 10 ítems que exploran cantidad y frecuencia de consumo, conductas dependientes y problemas relacionados con el alcohol.

Cada ítem tiene 5 posibilidades de respuesta que puntúan entre 0 y 4, excepto los ítems 9 y 10 en los cuales sólo existen tres posibilidades que puntuarían 0-2-4. La interpretación es como sigue:

- 0 a 7 Abstemio o consumo de bajo riesgo
- 8 a 15 Consumo de alto riesgo
- 16 a 19 Consumo perjudicial
- 20 a 40 Probable dependencia

3. TEST FAGERSTROM

Para evaluar la dependencia a la nicotina se utilizó el test de Fagerström. Las preguntas incluyen: tiempo transcurrido desde que el individuo se despierta hasta que fuma el primer cigarrillo del día (0-3 puntos); dificultad para abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido hacerlo (0-1 punto); cigarrillo del día al que le cuesta más renunciar (0-1 punto); número de cigarrillos fumados por día (0-3 puntos); momento del día en que fuma más frecuentemente (0-1 punto); y si fuma aun estando enfermo (0-1 punto). Se describieron los niveles de dependencia a la nicotina como baja (0-4 puntos), media (5 puntos) y alta (6-10 puntos).

ANALISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Se utilizó estadística de tipo no paramétrico, prueba Chi cuadrada para análisis bivariado. Razón de momios para evaluar correlación entre factores de riesgo y disfunción eréctil y regresión lineal. El programa estadístico que se aplicó es el SPSS versión 21.

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

Variable dependiente

Disfunción eréctil: Incapacidad de lograr o mantener, una erección suficiente durante una relación sexual.

Variable independiente

Variables orgánicas:

Obesidad: Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

Sobrepeso: Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.

Diabetes Mellitus: Trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina.

Hipertensión arterial: Síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$ mm/Hg

Dislipidemia: Conjunto de enfermedades asintomáticas, que tienen en común que son causadas por concentraciones anormales de lipoproteínas sanguíneas.

Enfermedades vasculares: Grupo de enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos.

Sildenafil: Fármaco utilizado para tratar la disfunción eréctil y la hipertensión arterial pulmonar

Otros medicamentos: Ingesta de algún medicamento diferente a el Sildenafil (Antihipertensivos, antidepresivos, broncodilatadores, antihistamínicos u otros)

Depresión: Alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a la exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.

Alcoholismo: Abuso habitual y compulsivo de bebidas alcohólicas

Tabaquismo: Intoxicación crónica producida por el consumo de tabaco.

Drogadicción: adicción a las drogas

Ejercicio: Conjunto de movimientos corporales que se realizan para mantener o mejorar la forma física.

Variables sociodemográficas

Edad: Tiempo que ha vivido una persona

Lugar de origen: Lugar de donde procede originalmente una persona o una cosa.

Estado civil: Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro o de su mismo sexo.

Escolaridad: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Religión: Conjunto de creencias y dogmas de la divinidad.

Ocupación: Trabajo, empleo u oficio.

Turno laboral: Orden en el que se suceden varios trabajadores.

Jornada laboral: Tiempo de duración de trabajo diario.

Pareja sexual: Conjunto de dos personas que comparten relaciones sexuales.

Variables de somatometria

Peso: Volumen del cuerpo expresado en kilogramos

Talla: Estatura o altura de las personas.

Índice de masa corporal: Medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo.

Perímetro de cintura: Medida en centímetros del punto medio entre el reborde costal inferior y el borde superior de las crestas iliacas, medido al final de una espiración.

ASPECTOS ÈTICOS

La ética de esta investigación respeta de forma primordial la Declaración de Helsinki de 1964. Tomando como principio básico el Artículo 8 que basa en el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20,21 y 22, incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma Artículo 2, 3 y 10; el cual participara en mi investigación de manera voluntario y sin presión o chantaje de ningún tipo como lo estipula el Artículo 16 y 18, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el Artículo 6, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el Artículo 5 y por último se respetará el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones.

La presente investigación se apega a la Ley General de Salud en materia de investigación y a la Normatividad Institucional del IMSS

Recursos utilizados

Los propios del investigador

Resultados

Se entrevistó un total de 345 pacientes Jóvenes con sobrepeso y obesidad en la Unidad de Medicina Familiar número 27; en el periodo comprendido de abril a mayo del 2015. Se excluyeron a 15 pacientes; de estos ,10 pacientes no completaron las encuestas, y 5 pacientes decidieron no participar en la investigación.

Quedando un total de 320 pacientes, 50% del turno matutino y 50% del turno vespertino.

Se dividió al total de pacientes en dos grupos; el primero ≥ 20 -29 años de edad y ≥ 30 -39 años; la edad media de estos pacientes fue de $29,51 \pm 6,16$ años, de este total 51,6% y 48,4% correspondieron a la distribución de dichos pacientes, respectivamente. (Ver Tabla 2)

Respecto al lugar de origen de los pacientes, la mayoría correspondió al Noroeste de la república con 40,9% , el estado civil más frecuente fue casado (39,1%) , la escolaridad del paciente fue la secundaria completa (28,8%) , la ocupación más frecuente fue la de empleado (88,4%) , el turno laboral fue el matutino (51,9%) , la mayoría de los pacientes trabajaron un promedio de 9 horas o más al día (59,4%) , la mayoría tenía pareja sexual (82,2%), la mayor parte de los pacientes tenían de 1 a 2 hijos (48,1%), respecto a las variables antropométricas la mayor parte de los pacientes resultaron con sobrepeso (43,4%) ;según la clasificación de la SEEDO la mediana para el peso fué de 83,00 kg y para el IMC fue de 28,67, el 78,1% de los pacientes tenían cintura de riesgo, mientras que el 21,9% no , 1,3%

de los pacientes tenían antecedentes de diabetes y 2,2% hipertensión arterial, y el 7,5% de los pacientes tuvieron antecedente de dislipidemia, el 2,2% tenían antecedente de enfermedad vascular; de los cuales 1,3% de los pacientes tenían insuficiencia venosa y solo 1 resultó con el antecedente de EVC, 1,3% de los pacientes consumían Silendafil, el 5,3 % de los pacientes usaban antihipertensivos, y 2,5% consumían protectores de la mucosa gástrica; 3,1% de los pacientes tenían antecedente de depresión, así como 46,6% de los pacientes practicaban ejercicio; de estos el 32,8% practicó menos de 150 minutos a la semana, respecto a la ingesta de alcohol el 50% consumían y el 50% no, el riesgo más frecuentemente visto fue el consumo de bajo riesgo 43,1% , pero mientras que el consumo perjudicial y de alto riesgo fue de .9% en ambas categorías, El 22,5% de los pacientes consumieron cigarro, siendo con dependencia baja 18,1% la modalidad más común, el 4,4% de los pacientes consumieron drogas, estos el 1,9% consumieron marihuana, el 1,3% otro tipo de drogas. (Ver Tabla 1)

Se encontró que el 1,3% de los encuestados tuvieron antecedente previo de disfunción eréctil. Del total de pacientes 20,9% resultaron con disfunción eréctil mientras que 79.1% no; 16,6% tuvieron DE leve, mientras que el 3,4% Leve-Moderada, y el ,6% Moderada y ,3% el Grave.

Las variables que se relacionaron con significancia estadística en pacientes con DE fueron: Edad, con significancia estadística de (.026), presencia de hipertensión (.029), además consumo de otros fármacos (.007) específicamente antihipertensivos, antecedente de hipertensión (.001) , antecedente de dislipidemia (.029), depresión (.001), ausencia de ejercicio (.024) Ingesta de Alcohol (.032)

Test AUDIT (.001) , Consumo de drogas (.029) , Consumo de drogas específica (.001) y antecedente de disfunción eréctil (.001). Los pacientes con disfunción eréctil no se relacionaron con su IMC.

La Razón de Momios los factores relacionados a DE es como sigue; Antecedente de Depresión 19,75, Dislipidemia 11, 28, consumo de drogas 6,7, Antecedente de DE 5,097, Hipertensión arterial 4,38, , Ausencia de ejercicio 1,8, Ingesta de Alcohol 1, 5, Edad 1,033. (Ver Tabla 3)

Discusión

Así como afirman Pavía-Ruz Norma, Lope-Gómez Mauricio, Vera-Gamboa Ligia respecto a sus resultados encontrados en Yucatán, los cuales evidencian que los individuos más viejos tienen más prevalencia de disfunción eréctil, en este estudio encontramos que en el grupo de más edad esto se confirma.

A diferencia de Hasan Karadag, Ozgur Oner, Akfer Karaoglan, quienes evidencian en sus resultados que los pacientes que tienen Obesidad padecen mas disfunción eréctil que quienes tienen sobrepeso, aquí observamos que quienes tienen más prevalencia es el grupo del sobrepeso, y esto puede ser debido a falta de homogenización.

Así como evidenciar que el factor de riesgo más importante para padecimientos sexuales es la DM2 en hombres; sin embargo en esta investigación la depresión así lo es.

Tal cual especifica Javier Barroso-Aguirre y Fernando Ugarte y Romano, la disfunción eréctil en Jóvenes Mexicanos más común es la disfunción eréctil leve, seguido de la moderada y posteriormente la severa.

Además la cifra encontrada en esta investigación fue de 9.7%, cifra que es muy baja respecto a la encontrada en nuestro estudio la cual fue de 20%.

En este estudio enfatizan la importancia del ámbito depresivo y la necesidad del entendimiento de la conducta sexual como un fenómeno complejo

Conclusiones:

En la presente investigación, se encontró una frecuencia de disfunción eréctil del 20.1% en pacientes con sobrepeso y obesidad.

Los factores implicados en la disfunción eréctil en estos pacientes, los cuales presentaron diferencia estadísticamente significativa fueron: Edad, con significancia estadística de (.026), presencia de hipertensión (.029), antecedente de hipertensión (.001) , antecedente de dislipidemia (.029), depresión (.001), ausencia de ejercicio (.024) ,Ingesta de Alcohol (.032) Test AUDIT (.001) , Consumo de drogas (.029) , Consumo de drogas específica (.001) y antecedente de disfunción eréctil (.001).

Respecto a la relevancia de los factores de riesgo, observamos que el factor más importante asociado con DE, es la depresión con RM de 19.7, seguido de dislipidemia 11, 28, Consumo de drogas, 6,07, tener el antecedente de DE 5,09, e hipertensión 4,07. (Ver Tabla 3)

La DE constituye un problema de salud pública principalmente en adultos mayores; existen diversos factores asociados a esta. Es un tema poco abordado. En jóvenes resulta importante su detección por la mejora en la calidad de vida así como en el funcionamiento sexual. La vida sexual es un tema poco explorado en las unidades de primer nivel de atención.

El presente estudio se evaluaron las variables sociodemograficas, metabólicas y orgánicas, en una sola encuesta.

Los resultados muestran, un semejante número de participantes por grupos.

Se observó mayor frecuencia de disfunción eréctil en el grupo de 30-39 años

Las variables que se encuentran mayormente asociadas a disfunción eréctil en pacientes con sobrepeso y obesidad son depresión, antecedente de enfermedades vasculares, antecedente de dislipidemia, tabaquismo, consumo de cigarro.

Concluyo que no existe relación entre la disfunción eréctil y el IMC; otros estudios sustentan la relación progresiva respecto al IMC; pero en nuestra población esto no se sostiene.

El IMC más frecuentemente relacionado a DE es el sobrepeso.

El tipo de DE más frecuentemente asociado a DE en jóvenes es la DE leve.

Fortalezas y limitaciones de la investigación.

Se utilizó una escala validada, breve y de fácil aplicación para determinar la disfunción eréctil; lo cual es una fortaleza, así como también el diseño y tamaño de muestra.

Una limitante de la investigación es la respuesta de los pacientes; debido a que es susceptible a sesgo de la información recabada, y esto pudiera ser debido al pudor o a la presión psicológica que se produce al recibir los cuestionamientos.

Carencia de un espacio específico y constante para obtener la privacidad adecuada para el tipo de preguntas.

La limitada escolaridad de los pacientes, y la constante intervención que se tuvo que realizar para que el paciente pudiese entender al cien por ciento cada una de las preguntas.

La falta de homogeneidad de la población por grupos de IMC

Recomendaciones:

Difundir resultados de la presente investigación.

Homogenizar los grupos según el IMC

Traspolar la investigación a otros estados de la República Mexicana

Investigar qué otros factores influyen la aparición de DE en pacientes con sobrepeso y con obesidad GI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cano-Pérez E, Meoño-Morales EE, Mendoza Salazar L, Pérez-Pavón A, Gallardo-W I, Barrera-Cruz A. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena [monografía en Internet]* México: CENETEC; 2012 [acceso 1 de Marzo del 2015]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GP_C_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EyR.pdf
2. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA. Et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. Circulation. 2013; 00:000–000.
Disponible en:
<http://circ.ahajournals.org/lookup/suppl/doi:10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee/-/DC1>.
3. Marie Ng, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet. 2014; 384:766-781.
Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24880830>

4. Ginter E, Simko V. Becoming overweight: is there a health risk? Bratisl Lek Listy. 2014; 115 (9): 527-531

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25318909>

5. Peirson L , Douketis J , Ciliska D, Fitzpatrick-Lewis D, Usman M, Raina P. Prevention of overweight and obesity in adult populations: a systematic review. CMAJ. 2014; 2 (4): 268-272

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25485253>

6. Jastrzębska S, Walczak-Jędrzejowska R, Kramek E, Marchlewska K, Oszukowska E, Filipiak E, et al. Relationship between sexual function, body mass index and levels of sex steroid hormones in young men. Endokrynol Pol. 2014; 65 (3): 203-209

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24971921>

7. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012

Disponible en:

<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

8. inegi.org Inegi.org [Internet] México: INEGI; [fecha de última actualización 3 Marzo 2011; fecha de nuestra consulta 4 Marzo 2015]. Disponible en:
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo03&s=est&c=17500>
9. Barquera S, Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza-Tobías A, Rivera- Dommarco J, Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. Salud pública de México. 2013; 55 (2): 151-160.
Disponible en:
<https://siid.insp.mx/textos/com-5356120.pdf>
10. Cenaprece. Salud [Internet] .Baja California: ISESALUD; 2014 [actualizado febrero 2014; Citado Marzo 2015]. Disponible en:
<http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/EstrategiaSODBajaCalifornia.pdf>
11. Gandaglia G, Briganti A, Jackson G, Kloner RA, Montorsi F, Montorsi P. Et al. A systematic review of the association between erectile dysfunction and cardiovascular disease. Eur Uro. 2014; 65 (1): 968-978.
Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24011423>

12. Pavía-Ruiz N, López-Gómez M, Vera-Gamboa L. Disfunción eréctil en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y metabólicas en una población rural de Yucatán, México. Rev Mex Urol .2012; 72(5): 240-244.

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90167943&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=302&ty=156&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=302v72n05a90167943pdf001.pdf

13. Papagiannopoulos D, Khare N, Nehra A. Evaluation of young men with organic erectile dysfunction. Asian J Androl.2015;17: 11-16, disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25370205>

14. Maiorino MI, Bellastella G, Esposito K. Lifestyle modifications and erectile dysfunction: what can be expected? Asian J Androl. 2015; 17: 5-10.

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lifestyle+modifications+and+erectiledysfunction%3Awhat+can+be+expected%3F>

15. Munner A, Kalsi J, Nazareth I, Arya M. Erectile dysfunction. BMJ.2014;348: 2-9

Disponible en:

<http://www.bmj.com>

16. Tanik S, Sarikaya S, Zengin K, Albayrak S, Yilmaz YK, Akyol L. Cardiometabolic Risk Factors in Patients with Erectile Dysfunction, ScientificWorldJournal. 2014: 1-4

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cardiometabolic+Risk+Factors+in+Patients+with+Erectile+Dysfunction%2C+ScientificWorldJournal>

17. Constanzo P, Knoblovits P, Rey Valzacchi G, Gueglio G, Layus O, Litwak L. La disfunción eréctil se asocia a elevada prevalencia de obesidad y síndrome metabólico. Rev. argent. endocrinol. metab. 2008, 45 (4): 142-148

Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-30342008000400002&script=sci_arttext

18. Javier Barroso-Aguirre, Fernando Ugarte, Diana Pimentel-Nieto. Prevalencia de disfunción eréctil en hombres de 18 a 40 años en México y factores de riesgo asociados. Perinatol Reprod Hum. 2001; 15: 254-261

Disponible en:

<http://www.inper.mx/descargas/pdf/Pr014-05.pdf>

19. Martin-Morales A, Sánchez Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodríguez-Vela L, Jiménez-Cruz JF, Burgos-Rodríguez R. Prevalence and Independent risk factors for erectile dysfunction in Spain. Results Of The Epidemiologia de la disfunción eréctil masculina study. J Urol. 2001; 166: 569-575.

Disponible en:

<https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Prevalence+and+independent+risk+factors+for+erectile+dysfunction+in+Spain%3A+results+of+the+Epidemiologia+de+la+Disfuncion+Erectil+Masculina+Study.&btnG=&lr=>

20. Han TS, Tajar A, O'Neill TW, Jiang M, Bartfai G, Boonen S, et al. Quality of life sexual function in overweight and obese men: The European Male Aging study. Eur J Endocrinol. 2011;164(1): 1003-1011 Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21459980>

21. Brock G. Diagnosing erectile dysfunction could save your patient's life. Can Urol Assoc J. 2014; 8(7-8)

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Diagnosing+erectile+dysfunction+could+save+your+patient%E2%80%99s+life>

22. Banks E, Joshy G, Abhayaratna WP, Kritharides L, Macdonald PS, Korda RJ, et al. Erectile severity as a Risk Marker for cardiovascular Disease Hospitalization and All-Cause Mortality: A prospective Cohort Study. PLoS Med .2013; 10 (1): 1-13.

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Erectile+severity+as+a+Risk+Marker+for+cardiovascular+Disease+Hospitalisation+and+All-Cause+Mortality%3A+A+prospective+Cohort+Study>

23. Vlachopoulos CV, Terentes-Printzios DG, Ioakeimidis NK, Aznaouridis KA, Stefanadis CI. Prediction of Cardiovascular Events and All-Cause Mortality With Erectile Dysfunction A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. Circ Cardiovasc Qual Outcomes, 2013; 6: 99-109

Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23300267>

24. Rhoden E, Teloken C, Sogari PR, Vargas-Souto CA. The use of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool to study the prevalence of erectile dysfunction. Int J Impot Res .2002; 14: 245-250

Disponible en:

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+use+of+the+simplified+International+Index+of+Erectile+Function+\(IIEF-5\)+as+a+diagnostic+tool+to+study+the+prevalence+of+erectile+dysfunction](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+use+of+the+simplified+International+Index+of+Erectile+Function+(IIEF-5)+as+a+diagnostic+tool+to+study+the+prevalence+of+erectile+dysfunction)

25. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM, Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. Int J Impot Res .1999; 11:319-326

Disponible en:

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Development+and+evaluation+of+an+abridged%2C+5-item+version+of+the+International+Index+of+Erectile+Function+\(IIEF-5\)+as+a+diagnostic+tool+for+erectile+dysfunction](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Development+and+evaluation+of+an+abridged%2C+5-item+version+of+the+International+Index+of+Erectile+Function+(IIEF-5)+as+a+diagnostic+tool+for+erectile+dysfunction)

26. Capelleri JC, Rosen RC. The Sexual Health Inventory for Men (SHIM): a 5-year review of research and clinical experience. Int J Impot Res .2005; 17: 307–319

Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijir.3901327>

27. Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM , Taveras EM, Uauy R, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. The Lancet. 2015; 6736 (14):61748-7

Disponible en:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61748-7](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61748-7)

ANEXOS

Tabla 1.. Características sociodemográficas pacientes con sobrepeso y obesidad.

Edad en años (media + DE)		29.51 ±6,16	
		n (320)	
		%	
Edad por grupos	≥20-29	165	51,6%
	≥30-39	155	48,4%
Lugar de origen de los pacientes	Noroeste	131	40,9
	Noreste	20	6,3
	Centro	48	15,0
	Occidente	35	10,9
	Sureste	83	25,9
	No aplica	3	,9
Estado Civil	Soltero	85	26,6
	Casado	125	39,1
	Viudo	6	1,9
	Divorciado	8	2,5
	Unión libre	94	29,4
	Separado	2	,6
Escolaridad de pacientes	Analfabeta	14	4,4
	Primaria completa	40	12,5
	Primaria incompleta	16	5,0
	Secundaria completa	92	28,8

Ocupación	Preparatoria completa	71	22,2
	Preparatoria incompleta	20	6,3
	Licenciatura	12	3,8
	Técnico	14	4,4
	Otro	14	4,4
Ocupación	Empleado	283	88,4
	Comerciante	8	2,5
	Pensionado	3	,9
	Jubilado	2	,6
	Estudiante	7	2,2
	Desempleado	2	,6
	Sin ocupación	3	,9
	Otra	12	3,8
Turno laboral	Matutino	166	51,9
	Vespertino	33	10,3
	Nocturno	45	14,1
	Jornada Acumulada	3	,9
	Otras	73	22,8
Jornada laboral por horas	1-8 hrs	130	40,6
	9 o más	190	59,4
Pareja sexual del paciente	Si	263	82,2

Número de hijos del paciente	No	57	17,8
	0	117	36,6
	1-2	154	48,1
	≥3	49	15,3
Clasificación SEEDO	Sobrepeso G1	68	21,3
	Sobrepeso G2	139	43,4
	Obesidad G1	83	25,9
	Obesidad G2	18	5,6
	Obesidad G3	12	3,8
Perímetro de cintura , por riesgo	Cintura sin riesgo	58	18,1%
	Cintura con riesgo	262	81,9%
Antecedente de Diabetes	Si	4	1,3
	No	316	98,8
Antecedente de Hipertensión arterial	Si	45	14,1
	No	275	85,9
Antecedente de Dislipidemia	Si	24	7,5
	No	296	92,5
Antecedente de Enfermedad Vascular	Si	7	2,2

Enfermedad vascular en pacientes	No	313	97,8
	Insuficiencia Venosa	4	1,3
	Evento Cerebro-Vascular	1	,3
	Otras	2	,6
	No aplica	313	97,8
Consumo de Silendafil			
	Si	4	1,3
	No	316	98,8
Uso de Otros fármacos por grupo			
	Antihipertensivos	17	5,3
	Antidepresivos	4	1,3
	Broncodilatadores	2	,6
	Antihistamínicos	4	1,3
	Protectores de la mucosa gástrica	8	2,5
	Otros	7	2,2
	No aplica	278	86,9
Antecedente de Depresión			
	Si	10	3,1
	No	310	96,9
Ejercicio			
	Si	149	46,6
	No	171	53,4
Ejercicio recomendado según ADA			
	<150 min	105	32,8

Ingesta de Alcohol	≥150min	77	24,1
	Si	160	50
Ingesta de Alcohol Test AUDIT	No	160	50
	Consumo de bajo riesgo	138	43,1
	Consumo de alto riesgo	27	8,4
	Consumo perjudicial	3	,9
	Probable dependencia	3	,9
Consumo de cigarro	No aplica	149	46,6
	Si	72	22,5
Consumo de cigarro	No	248	77,5
	Dependencia baja	58	18,1
	Dependencia media	13	4,1
	Dependencia alta	3	,9
	No aplica	246	76,9
Antecedente de Consumo de drogas en los últimos 12 meses			
	Si	14	4,4
	No	306	95,6
Consumo de drogas			
	Marihuana	6	1,9
	Cocaína	3	,9
	Crack	2	,6

Antecedente de Disfunción eréctil	LSD	1	,3
	Otras	4	1,3
	No aplica	304	95,0
	Si	4	1,3
	No	316	98,8
Disfunción eréctil			
	Grave	1	,3
	Moderada	2	,6
	Leve-Moderada	11	3,4
	Leve	53	16,6
	Sin disfunción eréctil	253	79,1

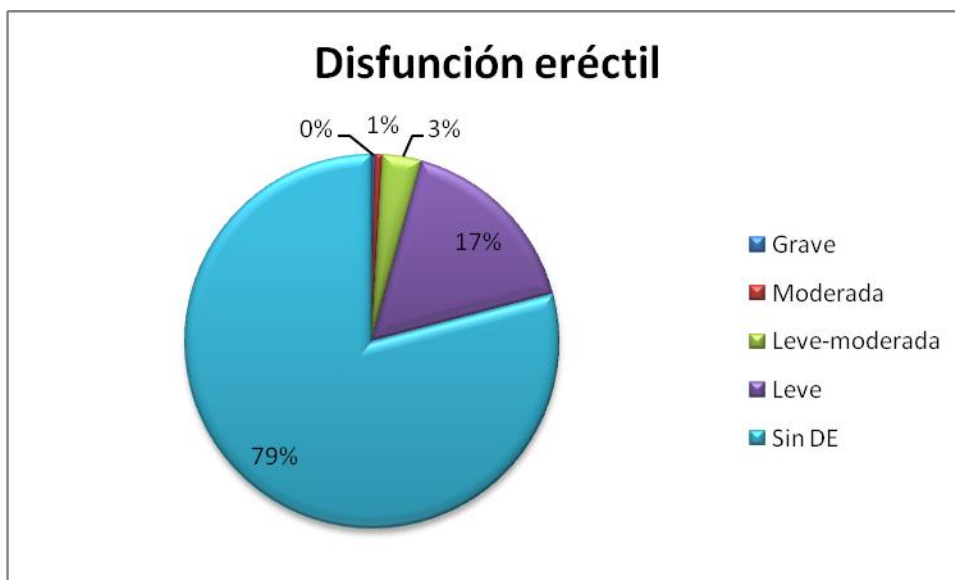
Tabla 2. Medianas de variables cuantitativas	
Variable	Mediana
Edad del paciente	29
Peso del paciente en Kilogramos	83
Talla de los pacientes	1,69
IMC de los pacientes	28,67
Perímetro de cintura de los pacientes	98

Tabla. 3 Factores de riesgo DE en pacientes jóvenes con sobrepeso y obesidad

Variable	X²	RM	N	%
Depresión	.001	19,75	10	3,1%
Antecedente de dislipidemia	.029	11,28	24	7,5%
Consumo de drogas	.029	6,077	14	4,4%
Antecedente de DE	.001	5.097	4	1,3%
Antecedente de HAS	.18	4,38	38	11,9%
Ausencia de Ejercicio	.024	1,8	171	53,4%
Ingesta de Alcohol	.032	1,5	160	50%
Edad (≥ 30-39 años)	.026	1,033	155	48,4%

Gráfica 1, Grados de disfunción eréctil según el IIFE-5

(Índice internacional de función eréctil)



Grafica 2, Factores de riesgo relacionados con Disfunción eréctil

