

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO NORTE
MORÓN

**Influencia del tabaquismo en la función sexual masculina.
Influence of smoking habit in masculine sexual function.**

María Dolores Mondéjar Barrios (1), Lázaro Rodríguez Montes de Oca (2), Abdiel Blanco Castellanos (3).

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa antes y después cuyo objetivo fue elevar el nivel de conocimientos de los pacientes con disfunción eréctil, fumadores, del Policlínico Norte en el período comprendido de septiembre del 2010 a marzo del 2011, sobre la influencia del tabaquismo en la función sexual masculina. El universo estuvo constituido por un total de 10 pacientes diagnosticados con disfunción a través del cuestionario abreviado del IIFE (IIEF-5 o SHIM) que además eran fumadores; predominaron los hombres de 40-49 años, prevaleció la disfunción ligera, y de menos de un año de evolución, tipo de fumador predominante fue el moderado, comienzo del hábito antes de los 16 años y la mayoría intentó alguna vez dejar de fumar. Antes de la intervención educativa ninguno de los fumadores sabía el efecto del tabaquismo sobre el deseo sexual, la eyaculación y la erección, después de la técnica educativa se elevó el conocimiento en el 100 por ciento de los pacientes.

Palabras clave: TABAQUISMO, FUNCIÓN SEXUAL.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Investigadora Agregada. Máster en Urgencias Médicas. Profesora Instructora.
2. Licenciado en Farmacia. Profesor Instructor.
3. Estudiante de 4to año de Medicina.

INTRODUCCIÓN

El fumar es actualmente uno de los hábitos más extendidos en el mundo y su consumo alcanza proporciones masivas que implica a personas de diversas profesiones y ocupaciones; a nivel mundial, mata a cinco millones de personas todos los años. Esa cifra es superior a las muertes causadas por el SIDA en el mundo.

El tabaquismo ocasiona varias afectaciones a la salud y dentro de ellas según investigaciones realizadas se estima que varios componentes del tabaco dañan severamente la potencia sexual masculina.

La disfunción eréctil se asocia con la arteriosclerosis, ya que la acumulación de placas obstruye el flujo de la sangre por los vasos, lo cual tiene repercusión en la sangre que llega al pene. El tabaquismo, por su parte, muestra una alta incidencia en los cuadros de arteriosclerosis y enfermedades coronarias.

Un estudio canadiense confirma en la actualidad que consumir un paquete de cigarrillos diarios, equivale a un 60 por ciento de mayores riesgos de padecer de impotencia, en comparación con los hombres que nunca han fumado.

La disfunción sexual eréctil se define como la incapacidad persistente para lograr y/o mantener una erección suficiente para una actividad sexual satisfactoria (2).

La disfunción sexual eréctil se ha convertido en el transcurso de los años en un problema de salud, que ha llevado a la aparición de diversos tratamientos para su solución, la incidencia actual se ha incrementado a cifras de 2 millones de hombres que sufren esta afección. Para el año 2025 se estima que 322 millones de hombres estén afectados por esta disfunción sexual, con prevalencia en mayores de 50 años, pero no quedan exentos los menores de 40 años y representan en la actualidad 39% de la casuística mundial (2-3).

La epidemiología de la disfunción eréctil (DE) indica que esta condición es común en la población mundial, razón por la cual debe ser considerado “un problema de salud pública, no sólo por la frecuencia, sino también por el impacto negativo en la calidad de vida” (4-5).

Se estima que 150 millones de hombres en el mundo la padecen y que solo el 10 al 20% consultan por esta afección y cuando lo hacen muchas veces es tarde por el daño irreversible desde el punto de vista físico como psíquico, con afección severa, lo que afecta además sus relaciones sociales.

En Cuba no existen estudios epidemiológicos conocidos sobre la DE, solamente algunos estudios locales han sido realizados.

La disfunción eréctil se asocia a factores de riesgo que pueden ser modificados como el hábito de fumar, el alcoholismo, mal control de la diabetes y de la hipertensión arterial y uso y abuso de drogas que afectan la función sexual como la cimetidina, el atenolol y los psicofármacos. Todo lo anteriormente abordado motivó a realizar un estudio de intervención educativa con el objetivo de elevar el conocimiento de los pacientes con disfunción eréctil que eran fumadores del Policlínico Norte sobre la influencia del tabaquismo en la función sexual.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención pre-experimental antes y después, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre la influencia del tabaquismo en la función sexual masculina en pacientes que acuden a la consulta de disfunción eréctil del Policlínico Norte de Morón en el período comprendido de septiembre del 2010 a marzo del 2011.

El universo estuvo constituido por un total de 10 pacientes diagnosticados con disfunción sexual eréctil y fumadores.

Se evaluó el grado de disfunción a través del cuestionario abreviado del IIFE (IIEF-5 o SHIM) que es un instrumento diagnóstico abreviado del IIEF para explorar la función eréctil del individuo, valioso complemento de la historia clínica, consta de cinco preguntas, con elevado grado de sensibilidad (0,98) (Elevada tasa de verdadero - positivo) y especificidad (0,88) (Baja tasa de falso - negativo). (Anexo III) En esta encuesta, 21 puntos o menos, indican DE.

- DE Severa cuando alcance menos de 10 puntos.
- DE Moderada entre 15 - 10 puntos.
- DE Ligera entre 21 - 16 puntos.
- Sin DE, más de 21 puntos.

Como criterios de inclusión: paciente con disfunción sexual eréctil de cualquier etiología y que fueran fumadores.

Criterios de exclusión: no dar el consentimiento de participar en la investigación.

Los datos se recolectaron a través de una historia clínica; como medida de resumen de la información se utilizó el porcentaje.

Se aplicó un cuestionario antes y después de la intervención educativa. La técnica de procesamiento de la información fue manual y se realizó la revisión, validación, y computación de la misma, como medida de resumen de la información se utilizó el porcentaje.

Como medida de significación estadística se usó el McNemar para muestras dependientes.

Objetivo: Verificar estadísticamente a través de esta dócima Ji- cuadrado si hay o no cambios después de aplicada la metodología, respecto a lo acontecido antes.

Dócimas de McNemar: Es una prueba de hipótesis no paramétrica a través de la cual se verifica estadísticamente si hay o no cambios después de aplicada la intervención, respecto a lo acontecido antes.

A partir de las hipótesis:

Ho: La metodología no es efectiva.

H1: La metodología es efectiva.

Si ji-cuadrado calculado (X^2) es mayor que la ji-Cuadrado Tabulado ($X^2_{(0,95)}^{(1)}$) entonces se rechaza H_0 y se acepta H_1 .

Conceptualización y operacionalización de variables

Nivel de conocimientos: Tener conocimientos sobre este tema es saber que el tabaquismo disminuye el deseo sexual, acelera la eyaculación y disminuye la erección.

Respuestas:

1. ¿Conoce usted si el tabaquismo tiene efecto de disminuir el deseo sexual?
 - 1.1 Sí---x--- No-----
2. ¿Conoce usted si el tabaquismo tiene efecto de acelerar la eyaculación?
 - 2.1 Sí --x---- No-----
3. ¿Conoce usted si el tabaquismo tiene efecto de disminuir la erección?
 - 3.1 Sí x___ No-----

Excelente: Si responde 3 preguntas correctas.

Regular: Si responde 2 preguntas correctas.

Mal: Si responde 1, o ninguna pregunta correcta

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas efectivas para lograr elevar el nivel de conocimientos en sectores de la población.

Se utilizó el método Delphi de criterio de expertos para evaluar la importancia de la investigación.

La encuesta se aplicó, dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, para saber el nivel de conocimientos que tenían los adultos mayores sobre la influencia de la nutrición en el control de las enfermedades crónicas.

Se redactó un informe final en el que se tuvo en cuenta los requisitos establecidos por el departamento de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Los resultados se expresaron en tablas las que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se efectuó un estudio de los pacientes con disfunción sexual eréctil y que además eran fumadores del Policlínico norte de Morón que acuden a la consulta de medicina interna a los cuales se le realizó primeramente una valoración médica, psicosocial y sexual, después el examen físico general, y neurológico; finalmente se indicaron complementarios:

Hemograma, eritrosedimentación, colesterol, triglicéridos, glicemia, ECG, ultrasonido de próstata y PSA si es necesario.

En la Tabla No.1 se observa que predominaron los hombres de 40-49 años para un 35% lo cual es perfectamente deducible dado los cambios de la sexualidad, tanto fisiológicos como psicológicos en esta etapa de la vida; otros estudios como el realizado por Rodríguez I y Fragas R en un centro laboral de Ciudad Habana de 113 hombres entre 17 y 60 años de edad el 31.8% predominó la disfunción en edades de 30-39 años (9).

En la Tabla No.2 se aprecia que prevaleció la disfunción eréctil ligera en un 60%. En un estudio descriptivo y transversal de prevalencia de la DE en la población masculina entre 40 y 70 años de edad del Policlínico 19 de Abril (Hernández MY, Fragas R) en 5 consultorios del médico de la familia y de ellos 130 tenían una DE, lo que representa el 46% con un predominio del grado ligera en un 23% (10).

En la Tabla No.3 se muestra que la mayoría de los hombres que acudieron a consulta llevaban menos de un año con DE lo que favoreció la respuesta satisfactoria al tratamiento. Estudios realizados en otros países señalan que en los mismos sólo consultan el 10% de los portadores de DE (11).

En la Tabla No.4 se observa que predominaron los fumadores moderados en un 60%, por la gran dependencia a la nicotina (12).

La Tabla No.5 refleja que el 60% de los fumadores comenzó a fumar antes de los 16 años de edad, o sea en la adolescencia. La edad de inicio mantiene una tendencia similar desde hace dos décadas, como se muestra en bibliografía del año 2001, que fue consultada (13).

En la Tabla No.6 se observa que un 70% intentaron alguna vez dejar de fumar. Estudios internacionales destacan que entre el 60 y 90% de los fumadores desean dejar de fumar y lo han intentado y un 60% de ellos han recaído en el consumo después de una etapa de abstinencia (14).

La Tabla No.7 hace alusión a los conocimientos de los pacientes antes y después de la intervención educativa sobre el efecto del tabaquismo en el deseo sexual; no existía conocimiento al respecto el cual se elevó posteriormente porque aprendieron que el tabaquismo disminuye el deseo sexual (15-16).

En la Tabla No.8 en cuanto al conocimiento con respecto a la influencia del hábito de fumar en la eyaculación, antes de la técnica educativa ningún paciente sabía que el tabaco acelera la eyaculación, se elevaron sus conocimientos posteriormente (17-19).

Con respecto a los conocimientos del efecto del tabaquismo en la erección, la Tabla No.9 demuestra que no existía conocimiento alguno sobre este tema, pero después de la intervención educativa los fumadores conocieron que el tabaco disminuye la erección, por su acción tóxica a nivel del cerebro, a él se suman el efecto bloqueador de la médula espinal y la merma del aporte de sangre a los cuerpos cavernosos del pene, que son como tubos pocos elásticos cuya dureza aumenta sobre la base de la sangre que les llega durante la estimulación sexual (20).

CONCLUSIONES

En el estudio predominaron los hombres de 40-49 años, prevaleció la disfunción ligera, y de menos de un año de evolución, tipo de fumador predominante fue el moderado, comienzo del hábito antes de los 16 años y la mayoría intentó alguna vez dejar de fumar; antes de la intervención educativa ninguno de los fumadores sabía que el tabaquismo disminuye el deseo sexual, acelera la eyaculación y disminuye la erección; después de la técnica educativa se elevó el conocimiento en el 100 por ciento de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zaldívar FD. Cómo dejar de fumar. Colombia: Liber; 2007.
2. Dejar de fumar. Tabaquismo [Internet]. La Habana: Infomed; 2010 [actualizada 10 Jun 2010; citada 23 Jul 2010] [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.tuotromedico.com/temas/>
3. Acosta Cabrera OS. El tabaquismo como problema de salud, prueba daños del tabaco, beneficios al dejar de fumar [Internet]. La Habana: Infomed; 2006 [actualizada 5 Jun 2010; citada 6 Jul 2010] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idu/>
4. Lances Cotilla L. Encuesta mundial sobre tabaquismo en jóvenes. informe investigación. La Habana: MINSAP; 2001.
5. Tabaquismo [Internet]. Atlanta: CDC; 2010 [actualizada 13 Feb 2010; citada 25 Abr 2010]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/prevencion/tabaquismo.htm/>
6. Montague DK, Barada JH, Belker AM. Clinical guidelines panel on eréctil dysfunction: summary report on the treatment of organic dysfunction. J Urol. 1996; 156: 2007-11.
7. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol. 1994; 151: 54-61.
8. Morley JE. Impotence. Am J Med. 1986; 80: 897-905.
9. Spector KR, Boyle M. The prevalence and perceived aetiology of male sexual problems in a non-clinical sample. Br J Med Psychol. 1986; 59: 351-358.
10. Giuliano FA, Knelleson S, Paturaud JP. Epidemiologic study of erectile dysfunction in France. Eur Urol. 1996; 30(suppl. 2): 250.
11. Rodríguez I, Rodríguez PL, Fragas R. Comportamiento de señales de la disfunción sexual eréctil en un centro laboral de Ciudad Habana. ANDRO 2006. La Habana: Palacio de las Convenciones; 2006.
12. Hernández MY, Fragas R. Prevalencia de la disfunción eréctil en 5 CMF del Policlínico "19 de abril" [tesis]. La Habana: Facultad Fajardo; 2003.

13. Matarama Peñate M. Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
14. Peñalver Hernández E, Cardona P. Influencia de los factores de riesgo coronario en la incidencia de la cardiopatía isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15(4): 368371.
15. Suárez Lugo N. Tabaco y salud: una decisión social. Reva Cubana Salud Públ. 2008; 34(3): 12-15.
16. OMS. Tabaco y pobreza. Un círculo vicioso [Internet]. Washington: OMS; 2004. [actualizada 21 may 2008, citado 4 Abr 2008]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB>.
17. OPS. Tabaco: lo que todos debemos saber. Guía actualizada para educadores [Internet]. Washington: OPS; 2002 [actualizada 4 ene 2008; citada 15 feb 2008]. [aprox. 6 pantallas]. Disponible en : <http://www.ops.org.bo/textocompleto/lta18505.pdf>
18. OPS. Tabaquismo: una amenaza constante para la salud [Internet]. Washington: OPS; 1997 [actualizada 3 abr 2008; citada 10 jun 2008]. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/pubtopiclist.asp?>
19. Tabaquismo [Internet]. Madrid: Fundación del Corazón; 2008 [actualizada 11 May 2008; citada 23 jul 2008]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/prevencion/>
20. Menéndez RG. Cómo enfrentar el peligro de las drogas. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2000.

ANEXOS

Tabla No.1. Caracterización de los pacientes de acuerdo a los grupos de edad.

GRUPOS DE EDAD	No.	%
30-39 años	1	10.0
40-49 años	6	60.0
50-59 años	2	20.0
60-69 años	1	10.0
70 y más años	0	0.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario

Tabla No.2. Caracterización de acuerdo al grado de disfunción sexual eréctil.

GRADO DISFUNCIÓN	DE	No.	%
Ligera		6	60.0
Moderada		4	40.0
Severa		0	0.0
Total		10	100.0

Fuente: Cuestionario

Tabla No.3. Pacientes con disfunción sexual eréctil en cuanto al tiempo de evolución de este trastorno.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN	No.	%
menos de 1 año	6	60.0
1-3 años	3	30.0
más de 3 años	1	10.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario

Tabla No.4. Tipo de fumador

TIPO DE FUMADOR	No.	%
Ligero	1	10.0
Moderado	6	60.0
Severo	3	30.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario

Tabla No.5. Edad de comienzo del hábito de fumar.

COMIENZO DE FUMAR	No.	%
Antes de los 16 años	6	60.0
Después de los 16 años	4	40.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario

Tabla 6. Intentos para dejar de fumar

INTENTOS PARA DEJAR DE FUMAR	No.	%
Sí	7	70.0
No	3	30.0
Total	10	100.0

Fuente: Cuestionario

Tabla No.7. Conocimientos sobre el efecto del tabaquismo de disminuir el deseo sexual

CONOCIMIENTOS DEL TABAQUISMO Y DESEO SEXUAL	ANTES		DESPUÉS	
	No.	%	No.	%
Sí	0	0.0	10	100
No	10	100	0	0
Total	10	100	10	100

Fuente: Cuestionario

Tabla No.8. Conocimientos sobre el efecto del tabaquismo en acelerar la eyaculación.

CONOCIMIENTOS DEL EFECTO TABAQUISMO Y EYACULACIÓN	ANTES		DESPUÉS	
	No.	%	No.	%
Sí	0	0	10	100
No	10	100	0	0
Total	10	100	10	100

Fuente: Cuestionario

Tabla No.9. Conocimientos sobre el efecto del tabaquismo de disminuir la erección.

CONOCIMIENTOS DEL EFECTO DEL TABAQUISMO EN LA ERECCIÓN.	ANTES		DESPUÉS	
	No.	%	No.	%
Sí	0	0	10	100
No	10	100	0	0
Total	10	100	10	100

Fuente: Cuestionario

ANEXO II

HISTORIA CLÍNICA A UTILIZAR EN LA CONSULTA DE SEXOLOGÍA DATOS

GENERALES:

Nombres y apellidos:

Edad: ____ años. Ocupación: _____ Sexo __ (1 Fem. 2 Masc). Escolaridad: __ (0 iletrado, 1 primaria, 2 secundaria, 3 nivel medio, 4 universitario) Creencias religiosas Si__ No __ ¿Cual?

Dirección:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica:

Cardiopatía Isquémica--- Hipertensión Arterial--Insuficiencia Arterial Periférica--Diabetes Mellitus— dislipidemias –otras (endocrinas) -Afecciones gastrointestinales:(especifique) Afecciones genitourinarias: (especifique) ----Enfermedad Neurológica (especifique):

Enfermedad Psiquiátrica: (especifique)---Trauma Raquimedular_(especifique)

Trauma pélvico:-- .Cirugía abdominal (especifique)

Radiaciones: __ Infecciones de Transmisión Sexual: __ Cual? **HÁBITOS**

TÓXICOS: (1.- Si, 2.- No)

Ingestión de bebidas alcohólicas:

Cantidad, tiempo, frecuencia y tipo de bebida:

Habito de fumar actual _____ Cantidad y tiempo:

Ex fumador _____ (1 Si 2 No) Tiempo: Otras drogas (especifique):

Consumo de Medicamentos (especifique):

HISTORIA ACTUAL:

Motivo de consulta:

Tiempo de Evolución: __ (años). Forma de instalación: __ (1.- Brusca 2.- Gradual)

¿Ocurre con su pareja actual? __ (1.- Si, 2.- No) Con otra persona (especifique) Recibió atención con anterioridad por su trastorno sexual ____ (1.- Si 2.- No)

¿Qué resultados obtuvo? ____ (1. Mejoró 2.- Mejoró algo 3.- Igual 4.- Empeoró) Que tratamiento recibió (especifique) Alteraciones del sueño: (especifique):

HISTORIA SEXUAL:

Orientación sexual: _____ (1 heterosexual, 2 bisexual, 3 homosexual)

Masturbación: __ (1.- Si, 2.- No)

Edad de sus primeras relaciones sexuales:

Evaluación de la primera relación sexual: __ (1.- Agradable 2.- Desagradable 3.- Traumática). Fantasía sexuales ____ (1.- Si 2.- No) Sueños eróticos ____ (1.- Si 2.- No)

Número de parejas sexuales estables: _____

Cambios en el deseo sexual: __ (1.Si 2.-No especifique)

Frecuencia de relaciones sexuales (especifique)

Edad de la primera relación sexual

Calidad de la erección durante el coito: ___ (1.-Rígida mantenida, 2.-Rígida no mantenida 3.- Tumescencia con penetración, .4.-Ayuda con la mano. 5.- Sin erección). Dolor (1.- Si, 2.- No 3 A veces),: durante la erección: ___ durante el coito_____ Deformidad del pene durante la erección: ___ (1.- Si, 2.- No).

Erecciones matinal: ___ (1.- Si, 2.- No). Nocturnas: ___ (1.- Si, 2.- No

Calidad de la erección durante la masturbación: ___ (1.-Rígida mantenida, 2.-Rígida no mantenida 3.- Sin erección)

Eyaculación: ___ (1.- Normal, 2.- Precoz, 3.- Retardada, 4.-Ausente, 5 dolorosa). Orgasmo:___(1.- Siempre, 2.-Casi siempre, 3.- A veces, 4.- Casi nunca, 5.- Nunca) **RELACIÓN DE PAREJA:**

Edad ___ Escolaridad ___ (0 iletrado, 1 primaria, 2 secundaria, 3 nivel medio, 4 universitario

Enfermedades: ___ (1.- Si 2.- No) ¿Cuál?

Años de convivencia:

Privacidad para la relación sexual (1.- Si 2.- No)

Conoce su pareja sus dificultades sexuales ___ (1.- Si 2.- No)

Qué opinión o actitud tiene ante sus dificultades___ (1.- Indiferente 2.- Reclama o pelea 3.- Le ayuda o comprende)

Considera que sus dificultades sexuales actuales dependen de_____ (1, Usted., 2, De su pareja.- 3.- de ambos).

Sus conocimientos sobre sexo y sexualidad los obtuvo de: ___ (1.-Familiares 2.- Amigos 3.- Prensa 4.- Libros 5.- Profesionales 6.- Otros)

¿Cómo considera su educación acerca de la sexualidad y/o orientación en su medio familiar?___ (1.- Abierta y sin prejuicio 2.- Rígida 3.- Tolerante con limitaciones 4.- Religiosa).

Considera sus conocimientos acerca de la sexualidad: ___ (1.- Suficientes 2.- Escasos 3.- Ningunos

Satisfacción Sexual Actual:___ (1.- Satisfecho, 2.- Poco Satisfecho, 3.- Insatisfecho).

Su dificultad sexual la percibe como un problema? ___: (1.- Muy grande 2.- Grande 3.- Regular 4.- Pequeño 5.- Ninguno)

Que espera de esta consulta: ___ (1.- Mejorar el problema sexual 2.- Mejorar la relación de pareja 3.- Otros)

EXAMEN FÍSICO:

Peso ___ Kg. Talla: ___ cm. Índice de Masa Corporal: ___ Tiroides ___ (1.- No

Palpable 2.- Palpable) Describa

Aparato Respiratorio: _____ (1.- Normal 2.- Anormal) Describa

Aparato Cardiovascular: _____ (1.- Normal 2.- Anormal)

Tensión arterial: _____ Pulsos periféricos: _____ (1.- Normal 2.- Anormal) Localización _

Abdomen: _____ (1.- Normal 2.- Anormal) Describa

Caracteres sexuales secundarios (1.- Normal 2.- Anormal

Cabello_____Vello facial_____ Vello corporal_____Vello genital_____ **PRUEBAS DE**

LABORATORIO:

Hemograma completo, Eritrosedimentación, HIV, Serología, Glucemia en ayunas, Prueba tolerancia glucosa, Colesterol total, HDL col, LDL col, Triglicéridos, Antígeno prostático (PSA),

Urocultivo, ECG, Exudado uretral, Ultrasonido de próstata

Diagnóstico definitivo_____Conducta terapéutica----- ANEXO III

Índice internacional de función eréctil abreviado de 5 preguntas

Cada pregunta tiene varias respuestas posibles. Marque con una X la respuesta que mejor describe su situación. Por favor elija una sola respuesta por cada pregunta. Durante los últimos 6 meses:

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

1. Muy baja: __. 2. Baja: __. 3. Moderada: __. 4. Elevada: __. 5. Muy elevada: __.

2.- ¿Cuándo usted tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia fueron sus erecciones lo suficiente firmes como para lograr Penetración?

0. No tuve actividad sexual: __. 1. Casi nunca: __. 2. Unas pocas veces (menos de la mitad de las veces): __. 3. A veces (la mitad de las veces): __. 4. La mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces): __. 5. Casi siempre / siempre: __.

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

0.No intenté tener relaciones sexuales: __. 1. Casi nunca / nunca: __. 2. Unas pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces): __. 3. A veces (aproximadamente la mitad de las veces): __. 4. La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces): __. 5. Casi siempre / Siempre: __.

4.- Durante la relación sexual ¿cuán difícil fue mantener su erección hasta la finalización de la relación?

0. No intenté tener relaciones sexuales: __. 1. Extremadamente difícil: __. 2. Muy difícil: __.

3. Difícil: __. 4. Ligeramente difícil: __. 5. No tuve dificultades: __.

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

0. No intenté tener relaciones: __. 1. Casi / nunca: __. 2. Unas pocas veces (mucho menos que la mitad de las veces): __. 3. A veces (aproximadamente la mitad de las veces): __. 4. La mayoría de las veces (mucho más que la mitad de las veces): __. 5. Casi siempre / siempre: __.

PUNTUACIÓN: ____

DE Severa cuando alcance menos de 10 puntos.

DE Moderada entre 15 - 10 puntos.

DE Ligera entre 21 - 16 puntos.

Sin DE, más de 21 puntos.

ANEXO IV

Cuestionario

1. ¿Conoce usted si el tabaquismo tiene efecto de disminuir el deseo sexual?

1.1 Sí---x--- No-----

2. ¿Conoce usted si el tabaquismo tiene efecto de acelerar la eyaculación?

2.1 Sí --x---- No-----

3. ¿Conoce usted si el tabaquismo tiene efecto de disminuir la erección?

3.1 Sí _x___ No-----

ANEXO V: INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

Tema 1. Introducción.

1) Presentación de la investigación.

2) Explicación de la encuesta.

Objetivo: Brindar información al participante de los procesos que perseguimos en la investigación. Crear un ambiente de confianza y desinhibición en los pacientes. Tipo de actividad: entrevista y aplicación de la encuesta.

Recursos: papel y lápiz.

Frecuencia: una vez.

Tiempo: 10 minutos.

Responsable: autores del trabajo.

Participantes: fumadores con disfunción sexual eréctil.

Tema 2: Tabaquismo y función sexual.

Sumario: -Tabaquismo y deseo sexual; Tabaquismo y eyaculación y Tabaquismo y erección. Objetivo: Al finalizar, los pacientes tendrán conocimientos sobre la influencia del tabaquismo en la función sexual masculina.

Tipo de actividad: entrevista.

Recursos: papel y lápiz.

Frecuencia: Una vez.

Tiempo: 15 minutos.

Responsable: autores del trabajo.

Participantes: fumadores con disfunción sexual eréctil.

Tema 3. Cierre y evaluación.

Sumario: reafirmación del contenido.

Aplicación de la encuesta y composición.

Objetivo: adquirir conocimientos sobre la influencia del tabaquismo en la función sexual. Tipo de actividad: aplicación de encuesta.

Recursos: Hoja y lapicero.

Frecuencia: Una vez.

Tiempo: 10 minutos.

Responsable: autores del trabajo; Participantes: fumadores con disfunción sexual eréctil.