

Disfunción eréctil en atención primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta al sildenafil

L. Guirao Sánchez, L. García-Giralda Ruiz, C. Sandoval Martínez y A. Mocchiari Loveccio

Objetivo. Conocer los factores asociados a la disfunción eréctil, valorarla como posible marcador del estado de salud, analizar la evolución de parámetros clínicos de enfermedades asociadas y respuesta al sildenafil.

Diseño. Estudio de intervención no controlado.

Emplazamiento. Centro de salud de Alguazas (Murcia).

Participantes. Todos los pacientes (n = 125) en programa con un valor del índice sobre la salud sexual para el varón SHIM inferior a 21.

Intervenciones. Educación sanitaria y administración de sildenafil.

Mediciones principales. Enfermedades concomitantes, patologías desconocidas previamente por el paciente, cambios en la función eréctil valorados con índice internacional de función eréctil (IIEF) y en la presión arterial, glucemia y lípidos.

Resultados. Los factores asociados a disfunción eréctil han sido diabetes (50,4%), hipertensión (33,6%), hipercolesterolemia (22,4%), patología urológica (12,8%) y trastornos de salud mental (33,6%). La patología oculta detectada fue en 15 casos hipertensión, en tres diabetes, dos cardiopatías, 20 dislipemias, tres depresiones, en 13 ansiedad y 5 problemas urológicos. Las variaciones de parámetros clínicos a los tres meses fueron: glucemia, $-38,3$ mg ($p < 0,001$; t de Student = $-5,186$); $-0,9$ la HbA_{1c} ($p < 0,05$; t de Student = $-2,16$); la presión arterial sistólica -16 mmHg ($p < 0,01$; t de Student = $-3,486$), y -13 mmHg la diastólica ($p < 0,001$; t de Student = $-4,594$), y colesterol total $-14,2\%$ ($p < 0,001$; t de Student = $7,01$). La función eréctil mejoró un 74% con sildenafil.

Conclusiones. Dos de cada tres pacientes con disfunción eréctil presentan enfermedades asociadas; uno de cada tres desconocía su problema de salud. Mejoró significativamente el control de enfermedades crónicas. Finalmente, tres de cada 4 pacientes respondieron al sildenafil.

Palabras clave: Disfunción eréctil. Marcador de salud. Factores asociados. Respuesta al sildenafil.

ERECTILE DYSFUNCTION IN PRIMARY CARE AS POSSIBLE MARKER OF HEALTH STATUS: ASSOCIATED FACTORS AND RESPONSE TO SILDENAFIL

Objectives. To find the factors linked to erectile dysfunction, to evaluate this as a possible marker of health status, to analyse the evolution of clinical parameters of associated illnesses and the response to Viagra.

Design. Intervention study without a control.

Setting. Alguazas Health Centre (Murcia).

Participants. All the patients in the programme (125), with a figure on the sexual health in men index (SHIM) below 21.

Interventions. Health education and administration of Viagra.

Main measurements. Concomitant illnesses, pathologies previously unknown to the patient, changes in erectile function valued on the international index of erectile function (IIEF), and changes in blood pressure, glucosaemia and lipids.

Results. Factors linked to erectile dysfunction were diabetes (50.4%), hypertension (33.6%), hypercholesterolaemia (22.4%), urological pathology (12.8%) and mental health disorders (33.6%). The hidden pathology detected was 15 cases of hypertension, 3 diabetes, 2 cardiopathies, 20 dyslipaemias, 3 depressions, 13 anxiety and 5 urological problems. The variations in clinical parameters at 3 months were: glucosaemia, -38.3 mg ($P < .001$, Student's $t = -5.186$); HbA_{1c}, -0.9 ($P < .05$, Student's $t = -2.16$); systolic blood pressure, -16 mm Hg ($P < .01$, Student's $t = -3.486$) and diastolic pressure -13 mm Hg ($P < .001$, Student's $t = -4.594$); and total cholesterol, -14.2% ($P < .001$, Student's $t = 7.01$). Erectile function improved by 74% with Viagra.

Conclusions. 2 out of every 3 patients with erectile dysfunction presented associated diseases; one in every 3 were ignorant of their health problem. Monitoring of chronic illnesses improved significantly. Finally, 3 in every 4 responded to Viagra.

Key words: Erectile dysfunction. Health marker. Associated factors. Response to Viagra.

Centro de Salud de Alguazas.
Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

Correspondencia:
Luis García-Giralda Ruiz.
Gran Vía San Onofre, s/n.
30560 Murcia.
Correo electrónico:
lgiralda@ono.com

Este trabajo ha surgido espontáneamente de los profesionales del Equipo de Atención Primaria de Alguazas, inducido por la demanda de las mujeres en programa de atención a la mujer durante el climaterio y la menopausia, como complemento a los problemas de disfunción sexual de sus parejas.

Manuscrito aceptado para su publicación el 18-II-2002.

Introducción

La disfunción eréctil, la incapacidad persistente para conseguir o mantener la erección con suficiente rigidez para permitir una actividad sexual satisfactoria, afecta a millones de varones en varios grados¹. El aumento de la comprensión del proceso eréctil masculino y el desarrollo de diversos agentes para mejorar la función eréctil han generado un gran interés público entre los varones y sus parejas sexuales. Estos avances están ampliando las opciones terapéuticas disponibles para los médicos de atención primaria en el tratamiento de la disfunción eréctil. El paso inicial en la evaluación es una historia clínica detallada médica y social, incluyendo la discusión con la pareja del paciente para clarificar los problemas que la exacerban. Posteriormente se propondrán los consejos adecuados, el tratamiento y, si el caso lo requiere, la derivación de los pacientes con disfunción eréctil².

En el MMAS (Massachusetts Male Aging Study)³, estudio realizado en 1.290 varones entre 40 y 70 años, la prevalencia de disfunción eréctil de cualquier grado era del 52%, etiquetándose de disfunción mínima el 17%, moderada el 25% y completa el 10%.

Recientemente se ha realizado en España el estudio EDEM (Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina)⁴ para conocer la prevalencia de la disfunción eréctil en nuestro país. Los resultados señalan que, en España, el 18,9% de los varones de entre 25 y 70 años presenta algún grado de disfunción eréctil, y que ésta aumenta con la edad. Aunque la prevalencia en nuestro país parece ser inferior a la detectada en EE.UU., es importante considerar que más de una cuarta parte de los varones mayores de 40 años padece algún grado de disfunción eréctil. En este sentido es necesario establecer estrategias y recursos adecuados para abordar desde la atención primaria este problema de salud.

Por otro lado, la consulta médica por problemas de erección o disfunción eréctil puede constituir una buena pista para la detección de patologías insospechadas por los pacientes, según se puso de manifiesto en el Congreso Internacional de la Asociación Europea de Urología del año 2000 en Bruselas. Los estudios presentados indican que existe una serie de factores asociados a la disfunción eréctil y que en muchas ocasiones empiezan a tratarse a partir de la detección de dicho problema.

Hemos de considerar, finalmente, la calidad de vida de pacientes en tratamiento con fármacos en enfermedades muy prevalentes, como pueden ser la hipertensión arterial (HTA), las dislipemias, la diabetes o los trastornos ansioso-depresivos, en el sentido de cómo afectan a su sexualidad⁵.

Los objetivos principales del estudio son conocer los factores asociados a la disfunción eréctil en los pacientes atendidos en el centro de salud y valorarla como posible

marcador del estado de salud para la detección de enfermedades desconocidas por el paciente.

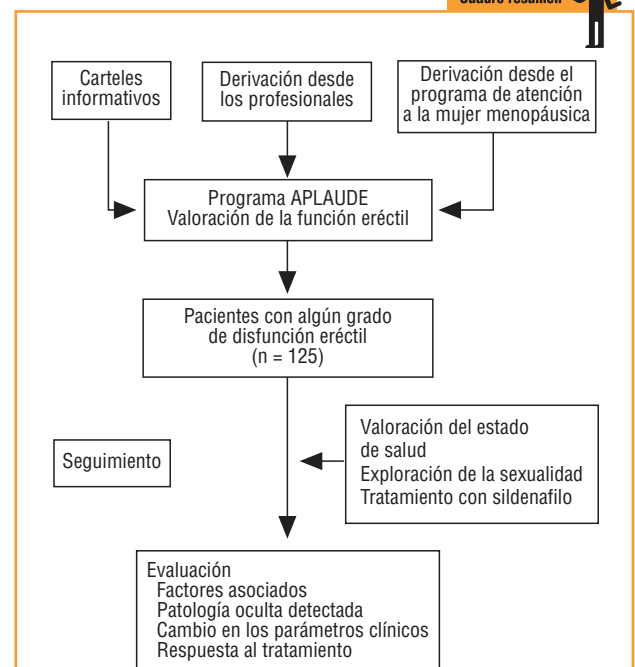
Como objetivos secundarios se planteó analizar la evolución de los parámetros clínicos de las enfermedades crónicas que presentan los pacientes incluidos en nuestro programa sobre disfunción eréctil y determinar el grado de satisfacción como respuesta al tratamiento con sildenafil.

Material y métodos

Se ha diseñado un estudio no controlado de intervención, con análisis antes-después.

En nuestro Centro de Salud, y como consecuencia de las demandas generadas por los propios pacientes y sus parejas a raíz de la implantación del programa de atención a la mujer menopáusica, donde se abordan los problemas de sexualidad de la pareja, decidimos establecer el programa APLAUDE⁶ en junio de 1999, cuyos datos principales se presentan en este trabajo. Para ello diseñamos un protocolo específico de inclusión y seguimiento de los pacientes, pertenecientes a los 18.670 habitantes de la zona de salud de referencia, que recoge variables sociodemográficas, hábitos tóxicos y problemas de salud. En este estudio participan todos los pacientes que han sido captados en el Centro de Salud de Alguazas

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio de intervención no controlado que evalúa la respuesta mediante un análisis antes-después de las variables de disfunción eréctil y parámetros clínicos.

(Murcia) en un período de 24 meses, y se reclutó a 125 pacientes con el único criterio de sufrir algún grado de disfunción eréctil.

Medida de las variables

Para valorar la función eréctil hemos utilizado el SHIM (índice sobre la salud sexual para el varón) y el IIEF (Índice Internacional de Función Eréctil), como instrumento diagnóstico abreviado con especificidad y sensibilidad elevadas⁷, considerándose también las expectativas de los pacientes en función del patrón sexual individual⁸.

Para valorar el consumo de alcohol se está utilizando el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), que permite identificar de forma temprana problemas por el alcohol, a través de 10 preguntas referidas al último año, en el ámbito de la atención primaria y hacer una gradación de la problemática alcohólica, combinando un cuestionario con la entrevista semiestructurada en un único formato con un 80% de especificidad y 90% de sensibilidad⁹.

Para la clasificación de los trastornos mentales y la depresión de origen no orgánico, hemos utilizado las fichas del CIE-10 AP¹⁰, con las encuestas y estándares de desarrollo recogidos por la semFYC¹¹.

Población de estudio

Hemos tenido en cuenta la estimación de que menos del 10% de los varones acude espontáneamente para tratar su disfunción eréctil¹². En este sentido se adoptó la estrategia de reclutar a los pacientes por tres vías diferentes: en primer lugar se colocaron carteles informativos; en segundo, la derivación desde los profesionales sanitarios a la entrevista inicial, y finalmente las derivadas del programa de menopausia como consecuencia de la sexualidad de la pareja.

Intervención

A los pacientes incluidos en el programa se les realiza una valoración de su estado de salud, se explora su sexualidad reorientando aquellos aspectos que pueden producir insatisfacción sexual y se inicia tratamiento con 50 mg de sildenafil, subiendo hasta 100 mg cuando la respuesta es baja o nula.

Resultados

La edad media de los 125 participantes es de 56 años (41 a 79). Más de la mitad de los pacientes, el 56%, han sido derivados desde la consulta de médicos y diplomados en enfermería del Equipo de Atención Primaria (EAP) a raíz de introducir específicamente la disfunción eréctil en las actividades preventivas y programas de salud del centro. El 30% ha solicitado su inclusión por iniciativa propia, y el restante 14% ha sido incluido por indicación de su pareja. Siguiendo el AUDIT para valorar el consumo de alcohol, el 52% de los pacientes lo consume al menos una vez a la semana, el 30% consume alcohol de forma moderada y el 16% lo hace de forma abusiva; finalmente, el 6,5% son ex alcohólicos. Respecto al tabaco, el 48,8% fuman una media de 28,8 (15-40) cigarrillos al día y el 6% son ex fumadores. Respecto al cuestionario SHIM, el valor promedio inicial fue de 10,275 (rango de 2 a 23; desviación estándar [DE],

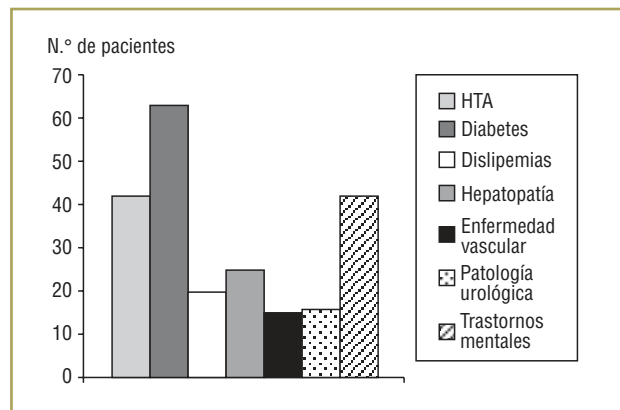


FIGURA 1 Patología asociada en pacientes con disfunción eréctil.

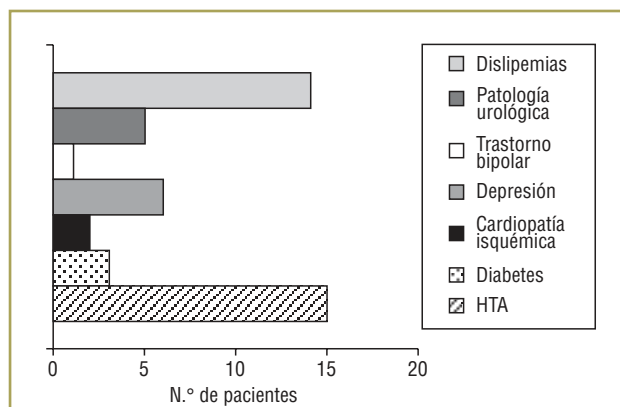


FIGURA 2 Patología detectada y previamente desconocida por el paciente.

5,07), y el tiempo medio de disfunción previo a la inclusión en programa es de dos años y 6 meses (rango de 3 meses a 15 años).

El diagnóstico principal respecto a la disfunción eréctil ha sido orgánico en el 67,2% de los casos, de origen psicógeno en el 28,8% de los varones y, por último, no se detectó causa posible en 5 casos (4%).

Factores asociados a la disfunción eréctil

En el momento de la primera entrevista, 63 pacientes (50,4%) son diabéticos (el 18% de tipo 1 y el 82% de tipo 2), aunque tres de los diabéticos tipo 2 lo desconocían (fig. 1). El 33,6% (n = 42) son hipertensos. En las analíticas practicadas, 34 (27,2%) tenían más de 200 mg de colesterol (entre 213 y 350), y de ellos 14 lo desconocían. En el electrocardiograma (ECG) realizado en la entrevista inicial se han detectado dos cardiopatías isquémicas, una TPSV, dos BRD y un registro de extrasístoles ventriculares (> 6 min) desconocidos previamente. Al inicio de su

TABLA 1
Variación de parámetros clínicos de problemas crónicos de los pacientes en programa

	Glucemia	HbA _{1c}	PAS	PAD	Colesterol total	LDL	HDL	TG
Valor inicial	181,2	8,6	160	89	258,7	179	40,3	197
3 meses	142,9	7,7	144	76	226,54	149,9	42,2	172
Variación	-38,3	-0,9	-16	-13	-32,16	-29,1	+1,9	-25

PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica; LDL: lipoproteínas de baja densidad; HDL: lipoproteínas de alta densidad; TG: triglicéridos.

entrada en el programa el 13% presentaba insuficiencia vascular periférica. En cuanto a la patología hepática, se han registrado 31 pacientes, 7 tenían antecedentes de hepatitis víricas y 24 (77,4%) presentaban hepatopatía alcohólica. El 12,8% de los pacientes presentaba patología urológica.

Los trastornos psiquiátricos detectados ascienden a 42, lo que supone el 33,6% de todos los varones incluidos, y se distribuyen en: 10 (8%) estados depresivos, 24 (19,2%) en ansiedad (de los que dos tercios son ansiedad de ejecución), dos trastornos de conversión, tres somatizadores, un ludópata y dos trastornos bipolares.

Disfunción eréctil como marcador del estado de salud

En este sentido se han detectado 15 hipertensos, tres diabéticos tipo 2, dos cardiopatas isquémicos, 14 con dislipemia, 6 depresivos, uno con trastorno bipolar y 5 con patología urológica que previamente no habían sido diagnosticados (fig. 2).

Cambios en los parámetros clínicos de las enfermedades crónicas asociadas

Las variaciones en diabéticos tipo 2, hipertensos, dislipémicos y pacientes con trastornos depresivos se recogen en la tabla 1.

Se ha producido un descenso de la glucemia basal media de 38,3 mg ($p < 0,001$) y de 0,9 de la HbA_{1c} ($p < 0,05$). En los hipertensos, la presión arterial media se redujo 16 mmHg en la sistólica ($p < 0,01$) y 13 mmHg en la diastólica ($p < 0,001$). Los valores lipídicos a los tres meses sufrieron una reducción de colesterol total del 14,2% ($p < 0,001$), del colesterol LDL del 19,4% ($p < 0,001$) y de los triglicéridos del 14,5% ($p < 0,001$), y un incremento del 4,7% del colesterol HDL ($p < 0,001$).

La respuesta de los depresivos a los tres meses siguiendo la CIE-10 AP fue: sin mejoría clínica el 27,7%; empeoran el 4,54%, y mejoran el 68,19%.

Respuesta al tratamiento con sildenafil

En cuanto a la disfunción eréctil, todos los pacientes incluidos iniciaron tratamiento con 50 mg de sildenafil, obteniéndose la siguiente respuesta subjetiva en escala tipo Likert, desde sin cambios a muy satisfactoria, en la primera relación sexual: sin cambios, 18 pacientes (15%); satisfactoria, 76 (63,3%), y muy satisfactoria, 26 (21,7%). La

dosis óptima para una relación satisfactoria a los tres meses de inclusión en el programa se ha establecido en 50 mg para el 42,89% y de 100 mg para el 22,11%, no siendo una dosis fija para el resto. Finalmente, en un 32,5% de los pacientes tratados fue necesario subir la dosis eficaz de sildenafil de 50 a 100 mg. El IIEF medio al inicio del programa era de 11,08 puntos (disfunción moderada), y a los tres meses de tratamiento es de 19,30 puntos (disfunción leve) ($p < 0,001$).

Veintiocho pacientes (22,4%) han dejado de tener criterios de disfunción eréctil a lo largo del programa, según el IIEF.

Los efectos secundarios presentados con sildenafil han sido: cefaleas, 13 casos (10,4%), y sofocos, 8 (6,4%).

Los motivos de exclusión del programa han sido: 9 pacientes por no mejoría, dos por cardiopatía isquémica, 4 por «miedo», uno debido a un brote psicótico, uno por sufrir un cáncer de pulmón, uno por padecer un síndrome plurimetabólico no controlado, uno por tener un SHIM inicial de 23. Sólo un paciente abandonó el estudio por cefaleas como efecto secundario.

Discusión

Limitaciones del estudio

Aunque se ha realizado con todos los pacientes que acudieron al programa, su principal limitación es que no supone una muestra significativa de todos los varones adscritos a nuestro Centro de Salud, lo cual limita la extrapolación de los resultados de los pacientes estudiados a la población general, aunque no compromete, a nuestro criterio, los objetivos del estudio.

El hallazgo de la patología asociada a la disfunción eréctil en nuestros pacientes no supone, por tanto, que la población general con disfunción eréctil presente esa tasa de enfermedades asociadas. Tampoco se pretende establecer una relación causal entre patologías y disfunción eréctil, ni su posible relación con el consumo de determinados fármacos.

Valoración de resultados

Nos hemos encontrado con que la edad media de los varones en programa es de 56 años, lo que se corresponde en cierta medida con la puesta en marcha meses antes del

Discusión
Cuadro resumen

Lo conocido sobre el tema

- Uno de cada 5 varones mayores de 25 años padece algún grado de disfunción eréctil.
- La disfunción eréctil afecta a la calidad de vida de los pacientes y su relación de pareja.
- La comprensión del proceso de función eréctil y la disponibilidad de fármacos efectivos para su tratamiento facilitan su abordaje desde la atención primaria.

Qué aporta este estudio

- Conocer mejor cuáles son los factores asociados a la disfunción eréctil en atención primaria.
- Proponer la disfunción eréctil como un «marcador del estado de salud» en la medida que permite descubrir enfermedades no conocidas previamente por el paciente.
- El tratamiento de la disfunción eréctil puede mejorar el cumplimiento terapéutico de enfermedades crónicas poco sintomáticas, como la diabetes o la hipertensión arterial, al mejorar la autoestima y valorar la disfunción como un síntoma relacionado con su estado de salud.

programa de atención a la mujer menopáusica¹³, en el sentido de que uno de los problemas más destacados en dichas mujeres es la disminución del apetito sexual¹⁴, que conjuntamente con factores psicológicos y socioculturales incrementa las dificultades de relación de pareja.

El papel de los profesionales sanitarios, médicos y enfermeros, es especialmente relevante para la atención a la disfunción eréctil, tal como refleja el hecho de que el 56% de los pacientes ha sido derivado por ellos.

Respecto a los hábitos tóxicos, cabe señalar que aproximadamente la mitad de los incluidos son bebedores habituales y que algo más de la mitad son fumadores. A todos se les recomienda que disminuyan o cesen en sus hábitos por la influencia en la disfunción eréctil además de en sus enfermedades de base.

Llama poderosamente la atención que uno de cada dos pacientes incluidos en el programa tenga glucemias superiores a 126 mg, probablemente porque una fuente importante de reclutamiento ha sido la consulta programada para diabéticos. En cambio, la proporción de hipertensos es similar a la población general (33,6%) ajustando por edad¹⁵. También hemos de destacar que el 21% de los pacientes presentaba alguna alteración de enzimas hepáticas o ha si-

do diagnosticado de esteatosis hepática. Otro de los datos a resaltar es que uno de cada 4 varones incluidos presentaba alguna forma de trastorno psiquiátrico, con especial incidencia de cuadros ansiosos (ansiedad de ejecución) y, en menor medida, síndromes depresivos.

El diagnóstico principal respecto a la disfunción eréctil ha sido orgánico en tres de cada 4 casos, lo que es coherente con lo observado en otros estudios de mayor relevancia¹⁶. Aunque hasta hace unos años la impotencia se consideraba de causa psicológica en más del 80% de los casos¹⁷, los nuevos métodos diagnósticos han puesto de manifiesto que la mayoría de los pacientes con impotencia presenta un origen inicialmente orgánico¹⁸ y que, posteriormente, se han sumado un componente psicoafectivo y un sentimiento de miedo al fracaso que potencian y agravan la disfunción¹⁹.

Como segundo objetivo se pretendía valorar la disfunción eréctil como posible marcador del estado de salud. En este sentido hemos de destacar que entre los pacientes incluidos en programa se ha detectado un número importante de patologías desconocidas previamente por el paciente. Nuestros datos contrastan con los obtenidos en un análisis efectuado entre 980 varones en un centro de salud estadounidense²⁰ durante 18 meses entre 1997 y 1998. Los resultados demostraron que, del total de los pacientes que presentaba disfunción eréctil, el 18% sufría HTA, el 16% diabetes, el 15% hiperplasia prostática, un 4% cáncer de próstata, el 5% enfermedades cardíacas isquémicas y el 1% síntomas de depresión. Estas grandes diferencias podrían explicarse porque en nuestros centros de salud se practican de forma habitual actividades preventivas y de promoción de salud, a diferencia de lo que ocurre en EE.UU., donde se realizan mayoritariamente a solicitud del interesado o de su empresa, con lo que la probabilidad de que aparezcan enfermedades crónicas «nuevas», en nuestro medio, son más remotas. A pesar de las diferencias observadas, estimamos que este segundo objetivo se está consiguiendo con el programa en la medida en que está detectando patología desconocida por los pacientes.

Concluimos, para este segundo objetivo, en la necesidad de incorporar en la evaluación clínica de las actividades de cribado poblacional y, en la de enfermedades crónicas, protocolos específicos que evalúen la función sexual y que permitan detectar otras patologías que de otra forma serían difícilmente descubiertas. Los profesionales de atención primaria debemos estar suficientemente formados para detectar en nuestros pacientes las consecuencias de determinadas enfermedades o el efecto de algunos fármacos sobre la actividad sexual, sobre todo si queremos mejorar su calidad de vida y el cumplimiento terapéutico.

En cuanto al tercer objetivo de valorar los cambios en los parámetros clínicos de las enfermedades asociadas, uno de los aspectos observados es la mejoría de la disfunción eréctil con la mejora del control de la enfermedad de base en todas las patologías asociadas. Este hecho ha sido especial-

mente relevante respecto a la HTA y viene a coincidir con lo observado en estudios de amplia significación²¹, así como la relación de la disfunción eréctil con los bloqueadores beta y diuréticos²². Con todo, lo realmente relevante a nuestro juicio es que se ha producido una mejora sorprendente de todos los parámetros clínicos de las enfermedades de base probablemente debido a dos factores: el aumento de la autoestima, que comporta un mejor autocuidado, y lo que hemos convenido en llamar efecto «concienciador de enfermedad», en el sentido de que la mayoría de las enfermedades crónicas con riesgo cardiovascular no son sintomáticas hasta que aparecen las complicaciones a largo plazo; sin embargo, nuestros pacientes asocian su disfunción a su enfermedad crónica y la sitúan como síntoma guía del control de la misma, puesto que es un síntoma presente e influenciado, con lo que al mejorar su función eréctil se comprometen en una mejor adherencia a los programas de control y tratamiento de sus respectivas enfermedades de base.

Respecto al cuarto objetivo, determinar el grado de satisfacción con el tratamiento, hemos de destacar la mejora del 74% de los pacientes en la valoración media de la función eréctil a los tres meses respecto al valor inicial, valorado por IIEF, en aquellos pacientes tratados con sildenafil. Este dato es concordante con la mayoría de los estudios clínicos, en los que entre el 70 y el 90% de los pacientes tratados con sildenafil describieron una mejoría en la erección relacionada con el tratamiento^{23,24}.

En cuanto a los efectos secundarios, se ha observado en este estudio que el 10,52% de los pacientes ha presentado sofocos (rubor), el mismo porcentaje que los ensayos clínicos preliminares²⁵ (10,5%); cefaleas en el 7,89% de nuestros pacientes, frente al 15,8% de los ensayos clínicos²⁶. Finalmente, la tasa de abandono por efectos secundarios de nuestro programa se sitúa en el 0,8%, inferior a la de los ensayos clínicos con sildenafil (2,6%)²⁷.

Aplicabilidad práctica

Como hemos podido observar, más del 36% de los pacientes atendidos desconocían que padecían otros problemas de salud que, en mayor o menor medida, condicionaban o eran causantes de la disfunción eréctil.

Por otro lado, las enfermedades cardiovasculares son las causantes, en la Región de Murcia, del 15,2% del total de años de vida potencial perdida (APVP), cuyo valor absoluto se sitúa en 6.249 años, con un 70% de incidencia en los varones²⁸. Además, la diabetes es la causa del 1,3% de APVP y los trastornos psiquiátricos representan entre el 40 y el 60% de las demandas de consulta en atención primaria.

La correlación de estos datos con el gasto sanitario e incapacidades que generan justifican por sí sola que desde atención primaria se pueda incluir la valoración de la función eréctil como marcador del estado de salud entre las actividades preventivas y de promoción de salud, sin olvi-

dar la importancia de la mejora de la calidad de vida en el tratamiento de los pacientes afectados y de su entorno familiar y social.

Agradecimientos

A nuestro maestro Ginés Ortega, a Alberto Murcia por guiarnos en la investigación urológica, a Pepe Lozano por su apoyo incondicional, a Gema Palacios por su incansable insistencia en mejorar nuestro trabajo, a Maite Añón, muy receptiva con nuestras inquietudes, y especialmente a Javi y Toñín por creer en nosotros.

Bibliografía

1. NIH Consensus Conference on Impotence. JAMA 1993; 270: 83-90.
2. Mahendr S, Amar P. ¿Cuál es la causa de la disfunción sexual de su paciente? AM Fam Physician 2000;61:95-104,109-10.
3. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou D, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male aging study. J Urol 1994; 151:54.
4. Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Séenz I, Rodríguez Vela L, Jiménez Cruz JF, Burgos Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina study. J Urol 2001;166:569-75.
5. Anónimo. Disfunción sexual y fármacos. Bol Fármaco Com Val 1996;8:112-20.
6. Guirao L, García-Giralda L, Sandoval C. Programa APLAU-DE. Proyecto experimental en la Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Murcia: INSALUD, 1999.
7. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kilpatrick J, Mishra A. The International Index on Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment for erectile dysfunction. Urology 1997;49:822-30.
8. Master WH, Johnson VE, Kolodny RC. La heterosexualidad. En: Master WH, Johnson VE, Kolodny RC, editors. La sexualidad humana 2. Barcelona: Grijalbo, 1995; p. 402-34.
9. Cuevas J, Sanchis M. Tratado de alcoholología. Madrid: NILO Industria Gráfica, 2000; p. 201-5.
10. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Ginebra: OMS, 1998.
11. Celdrán Yelo D, García Domínguez JC, García Marrero MR, López Herrero LS, Llorente San Martín M, Retuerta García D, et al. Depresión. semFYC. Barcelona: EDIDE, 2001.
12. Rodríguez L. Programa ACUDE. Asociación Española de Urología. Barcelona: Pulso ediciones, 1998;1:27-8.
13. Mocciano A, García-Giralda L, Guirao L, Sandoval C. Proyecto de introducción del programa de atención a la mujer menopáusica en Atención Primaria. INSALUD Murcia, 1998.
14. Landa J, Ruiz R. Alteraciones ginecológicas. En: Martín-Zurro A, Cano JF, editors. Atención primaria. 3.ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1994; p. 882-909.
15. Llisterri JL, Argaya M, Lozano JV, Anzar J, Pol C, Sánchez MA. Prevalencia de disfunción eréctil en población hipertensa. Hipertensión 2000;6:243-50.
16. Rodríguez L. Programa ACUDE. Asociación Española de Urología. Barcelona: Pulso ediciones, 1998; p. 4-23.

17. Master WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown and Co., 1970.
18. Rodríguez L, Urruchi P, Tello C, Cavero O, Blas M. Disfunción eréctil: etiología y técnicas diagnósticas básicas. En: Rodríguez Vela L, editor. Disfunción eréctil: diagnóstico y tratamiento. Madrid: ENE S.A., 1993.
19. Breza J, Aboseif SR, Orvis BR, Lue TF. Detailed anatomy of penile neurovascular structures: surgical significance. *J Urol* 1989; 141:4373.
20. Anónimo. La disfunción eréctil, posible marcador del estado de salud. *7DM* 2000;444:33.
21. Jefe A, Chen Y, Kisch ES, Fischel B, Alon M, Stern N. Erectile dysfunction in hypertensive subjects. Assessment of potential determinants. *Hypertension* 1996;5:859-62.
22. Listerri JL, Argaya M, Lozano JV, Aznar J, Pol C, Sánchez MA. Prevalencia de la disfunción sexual en una población hipertensa. *Hipertensión* 2000;6:243-50.
23. Buvat J, Gingell CG, Jardin A, Olsson AM, Dinsmore WW, Kirkpatrick CK, et al. Sildenafil, an oral treatment for erectile dysfunction: 1 year, open-label, extension study. *J Urol* 1997;157 (Suppl):204(793A).
24. Padma-Nathan H, and Sildenafil Study Group. A 24 week, fixed dose study to assess the efficacy and safety of sildenafil in men with erectile dysfunction. *J Urol* 1998;59(Suppl):238.
25. Giuliano F, Jardin A, Gingell CJ, et al. Sildenafil, an oral treatment for erectile dysfunction: a year open-label, extension study. *Br J Urol* 1997;80:93.
26. Christiansen E, Hodges M, Hollinshead N, et al. Sildenafil, a new oral treatment for erectile dysfunction: results of a 16-week open-dose escalation study. *Int J Impot Res* 1996;8:147(D99).
27. Steers WD and Sildenafil Study Group. Meta-analysis of the efficacy of sildenafil in the treatment of severe erectile dysfunction. *J Urol* 1998;159:238(910A).
28. Estadísticas Básicas de Mortalidad 1989. Consejería de Economía y Hacienda. Región de Murcia, 1991.