

## SALÓN PANAMERICANO SUR

### Departamento de Andrología

Coordinación: Sergio Aszpis

#### ENCUESTA SOBRE SALUD SEXUAL MASCULINA EN POBLACIÓN JOVEN Y DE MEDIANA EDAD

Aszpis S., Gottlieb S., Knoblovits P., Pacenza N., Sciorra M., Stewart Usher J.

##### Introducción:

La disfunción sexual es un motivo frecuente de consulta en la práctica andrológica. Existe abundante información sobre su prevalencia en hombres mayores, pero poco se ha explorado sobre sus diferentes formas en la población más joven. Por otra parte, son escasos los datos disponibles sobre este tema en la población argentina.

La relevancia que este problema tiene como patología prevalente y, como contrapartida, la escasa información disponible sobre el problema en nuestro medio, motivó a los miembros del Departamento de Andrología de la SAEM a desarrollar una encuesta sobre la salud sexual en el varón joven y de mediana edad de la ciudad de Buenos Aires.

##### Objetivos

Investigar en la población general masculina:

1. la prevalencia de antecedentes andrológicos personales
2. los hábitos sexuales
3. la prevalencia de las disfunciones sexuales predominantes
4. la relación posible entre los antecedentes andrológicos patológicos y las disfunciones sexuales

##### Población y Métodos

Se elaboró una encuesta anónima de 77 variables que comprendía los siguientes subcapítulos: a) datos personales; b) antecedentes andrológicos específicos; c) exposición a tóxicos fisico-químicos; d) hábitos sexuales; e) función y disfunción sexual.

La encuesta fue realizada a 327 hombres de 18 a 55 años de edad, en el ámbito hospitalario y extra hospitalario, público y privado, incluyendo población general y pacientes que consultaran por problemas no relacionados con el objeto de la encuesta. Los sujetos entrevistados fueron: donantes de sangre que asistían a un servicio de hemoterapia, pacientes que consultaron al servicio de alergía, acompañantes de pacientes de consultorio polivalente, pacientes que consultaron al servicio de nutrición para consejo nutricional, hombres que cumplían con el examen de laboratorio pre-nupcial obligatorio y familiares de pacientes en la sala de espera de un centro asistencial.

La función eréctil fue evaluada según el cuestionario abreviado del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5) que, mediante cinco preguntas (escala de 0 a 5 puntos para cada pregunta), define disfunción eréctil cuando el puntaje es igual o menor a 21 (1).

La encuesta fue autoadministrada en el 45% de los varones y el resto fue realizado por un entrevistador médico entrenado.

##### Resultados

###### 1) Datos poblacionales

La *edad media* de la población encuestada fue de  $33.03 \pm 10.14$  años. El percentilo 50 correspondió a 30 años con un rango intercuartílico de 25 a 41 años.

En cuanto al *nivel educativo* el 20 % de la población tenía nivel primario, el 45 % secundario y el 35 % restante terciario.

###### 2) Exposición a tóxicos

- *Tabaquismo*: El 36% de nuestra población refirió tener el hábito de fumar. Un 14% no respondió a esta pregunta.

- *Alcohol*: El 53% confirmó consumo de bebidas alcohólicas, no contestando esta pregunta el 9%. Por el diseño de la encuesta, no se pudo evaluar el porcentaje de altos consumidores.

- *Drogas*: sólo tres personas asintieron el consumo de drogas y una de anabólicos.

- *Otros tóxicos*: 18 sujetos refirieron exposición laboral a tóxicos como pintura (5), resinas (2) y otros (como thinner, plomo, amoníaco, etc.).

### 3) Antecedentes andrológicos

La prevalencia de antecedentes andrológicos patológicos fue la siguiente:

- *mal descenso testicular*: 3%
- *traumatismo testicular*: 4%
- *parotiditis urliana*: 40% (27,2% fueron de presentación pospuberal; el 16,6% de éstos refirieron orquitis urliana)
- *varicocele*: 6%
- *enfermedades venéreas*: 5%

### 4) Hábitos sexuales

Se obtuvieron los siguientes resultados:

a) La *edad de inicio de las relaciones sexuales* fue: 16 años (mediana), con un rango intercuartílico de 14 a 17. El 47% comenzó su actividad sexual con su novia, 35% con una persona conocida y 15% con una prostituta (el 3% no respondió este ítem).

b) En cuanto a los *métodos anticonceptivos* empleados, el 58% usa preservativo, el 13% anticoncepción oral o inyectable su pareja, el 6% controla la fertilidad según fecha del ciclo, el 6% usa dispositivo intrauterino y 2% diafragma. El resto no tenía actividad sexual o no contestó la pregunta.

c) En cuanto a la *frecuencia coital*, 80,7% de los encuestados tiene una frecuencia coital de una o más veces por semana.

d) De 308 sujetos que contestaron la pregunta sobre *relaciones homosexuales*, 10 varones (3,2%) contestaron afirmativamente (8 de ellos lo refirieron en encuestas autoadministradas).

e) El 47% de los encuestados manifestó *actividad masturbatoria*, con diferencias significativas entre los encuestados por autoadministración y por entrevistador (73% versus 31,8%,  $p < 0.001$ ).

f) El 83% de los varones reconoció tener *erecciones matinales o nocturnas*.

### 5) Actividad y función sexual

a) El 90% manifestó estar *satisfecho con su actividad sexual*; 3% no respondió a esta pregunta.

b) Se constató *compromiso del deseo sexual* en el 7% de los que respondieron este tópico.

c) Según el resultado del cuestionario empleado (IIEF-5), el 19,5% de los encuestados tenía algún grado de *disfunción eréctil* (14,6% leve, 4,6% moderada y 0,3% severa). No contestaron el 12%.

d) El 15% refirió tener *eyaculación precoz* y el 6% *retardo eyaculatorio* (mayor de 30 minutos).

e) El 3% de la población ya había consultado por algún tipo de disfunción sexual. En el 80% de los ca-

sos se consultó al urólogo; ninguno al endocrinólogo o andrólogo.

### 6) Correlación de la disfunción sexual con antecedentes andrológicos

a) Los varones encuestados con antecedentes de mal descenso testicular tuvieron una significativa mayor prevalencia de disfunción sexual con respecto a los de migración testicular normal (42% versus 14%).

b) No se encontró influencia de la edad, del tabaco, del alcohol y otros tóxicos fisico-químicos sobre la presencia o no de disfunción sexual ni sobre el grado de disfunción referida.

### Discusión

La prevalencia de antecedentes andrológicos patológicos que encontramos como resultado de esta encuesta fue similar a la comunicada en la literatura en estudios realizados en otros países. Sabemos que los testículos mal descendidos tienen mayor riesgo de patología tumoral aún luego de tratados en la infancia, lo cual exige su seguimiento en el adulto. De acuerdo con nuestros resultados, existe un 3% de la población con tal antecedente y con el riesgo descripto. Dada la frecuencia de este hallazgo, creemos justificado su divulgación.

La orquitis urliana es un factor de riesgo para infertilidad e hipogonadismo. La prevalencia de afectación en nuestra encuesta fue del 16,6% de los varones con parotiditis pospuberal. Esta cifra apoya la importancia de los planes sanitarios de vacunación para su prevención.

Debe tenerse en cuenta al evaluar la prevalencia de varicocele (6%), que la frecuencia referida en esta encuesta excluye a la población asintomática o que no ha tenido control médico andrológico.

Es de destacar la prevalencia de otras disfunciones sexuales distintas a la disfunción eréctil, como el compromiso de la libido y las alteraciones de la eyaculación.

Llama la atención la alta prevalencia de disfunción eréctil en nuestra población (19,5%), más aún en virtud de un alto porcentaje de hombres que refirieron estar satisfechos con su actividad sexual (90%).

Trabajos previos que utilizaron el mismo instrumento (IIEF-5) para evaluar la prevalencia de disfunción eréctil, encontraron frecuencias mayores al 50% al evaluar poblaciones de hombres de 40 o más años. Los mismos trabajos comunican una prevalencia de 36 a 43% en hombres de 40 a 50 años (2, 3). Teniendo en cuenta la edad de nuestra población, en la que el valor del rango intercuartílico superior fue de 41 años, la prevalencia arrojada por nuestro estudio pa-

rece acorde con la esperable para una población más joven que la estudiada en los trabajos mencionados. Sin embargo, el 90% de los sujetos encuestados manifestó satisfacción con su vida sexual y sólo un 3% de los hombres consultó por una disfunción sexual. Para poder entender cuánto influye la línea de corte (21 puntos o menos) en la estimación de la prevalencia de la disfunción eréctil, recalculamos la frecuencia de disfunción con un puntaje más bajo. Con 20 puntos o menos, la prevalencia disminuyó a 13%. Es probable que el IIEF-5 sea un instrumento que sobrevalora la frecuencia de la disfunción eréctil, lo cual no le quita su utilidad como cuestionario de "screening", que es el objetivo para el cual fue diseñado. De nuestros resultados, podemos inferir que los hombres que se perciben a sí mismos como disfuncionales y que realizan la consulta médica son los que el IIEF-5 valora como disfunción sexual moderada o severa.

En cuanto a la falta de correlación con factores que habitualmente se asocian con disfunción eréctil (edad y tabaco), probablemente se deba a que hemos estudiado una población joven y de mediana edad. No podemos sacar aún conclusiones epidemiológicas entre la disfunción eréctil y la patología andrológica heredada, como el mal descenso testicular, dado el bajo número poblacional de nuestro estudio.

Las respuestas sobre cuestiones particularmente sensibles a la intimidad, como masturbación y relaciones homosexuales, fueron con mayor frecuencia positivas en cuestionarios autoadministrados. Por lo tanto, el relevamiento de este tipo de datos debería ser autoadministrado y anónimo.

Se desprende de la encuesta la falta de consulta al endocrinólogo como referente en esta patología, único especialista capacitado para la correcta evaluación y tratamiento del factor hormonal, más aún si ésta fuera la causa. Dado que la población en estudio es relativamente joven y, por lo tanto, con menor riesgo de patología vascular o metabólica, se justifica aún más su estudio endocrino.

Nuestra próxima meta es completar la encuesta sobre salud sexual con un número mayor de participantes -en una población semejante de nuestro medio y de otras regiones del país- y rediseñar una nueva encuesta anónima autoadministrada para evaluar los aspectos reproductivos.

### Bibliografía

1. 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* 11: 319-326, 1999.

2. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychological correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 151: 54-61, 1994.

3. Furlow I. Prevalence of impotence in the United States. *Med Aspects Hum Sex* 19: 13-16, 1985.