REVISTA GEROCIENCIA
Revista electrónica de gerontología (educación, social, gerencia, salud, ciencia y tecnología)

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y FUNCIÓN SEXUAL MASCULINA EN ADULTOS MAYORES DE LA POBLACIÓN DE PÍRITU, MUNICIPIO PÍRITU, ESTADO FALCÓN

García Eyranabell[1], Álvarez Richard[2], Andriolo Cristina[3], Muñoz, María[4]

Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda"

eyranabell75@hotmail.com[1]

RESUMEN

En los adultos mayores, las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad, y la respuesta sexual presenta alteraciones como la disfunción eréctil; por ello es importante correlacionar los factores de riesgo cardiovascular y función sexual masculina, aunque no es una actividad indispensable para la vida, permite mantener su bienestar y armonía biopsicológica. Se realizó un estudio correlacional, transversal, en una muestra de 44 adultos mayores, e Historia Clínica, Medidas Antropométricas, Perfil Lipídico, Índice Internacional de Función Eréctil y Cuestionario Mundial de Actividad Física. El rango de edad con mayor porcentaje fue de 60-74 años. El HDL fue 79,5% posee > 40 mg/dl. El 79,5% tendrían un nivel alto de actividad física y 68,2% presentaron Peso Normal. En cuanto a la función sexual 31,8% fueron clasificados con disfunción eréctil severa. La función sexual se relaciona significativamente con la edad por eso se debe fomentar la educación sexual en adultos mayores.

Palabras Clave: Enfermedades Cardiovasculares, Función Sexual Masculina, Adultos Mayores, Disfunción Eréctil.

FACTORS OF CARDIOVASCULAR RISK AND MALE SEXUAL FUNCTION IN ADULTS OF THE POPULATION OF PÍRITU, MUNICIPIO PÍRITU, FALCÓN STATE

ABSTRACT

In the elderly, cardiovascular diseases are the main cause of mortality, and the sexual response presents alterations such as erectile dysfunction; Therefore, it is important to correlate the cardiovascular risk factors and male sexual function, although it is not an essential activity for life, it allows maintaining their well-being and biopsychological harmony. A cross-sectional correlation study was carried out in a sample of 44 older adults, and Clinical History, Anthropometric Measurements, Lipid Profile, International Index of Erectile Function and World Physical Activity Questionnaire. The age range with the highest percentage was 60-74 years. The HDL was 79.5% possess> 40 mg / dl. 79.5% would have a high level of physical activity and 68.2% presented Normal Weight. Regarding sexual function, 31.8% were classified as having severe erectile dysfunction. Sexual

function is significantly related to age, which is why sexual education should be encouraged in older adults.

Key words: Cardiovascular Diseases, Male Sexual Function, Elderly, Erectile Dysfunction.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen actualmente la principal causa de mortalidad a nivel mundial. Según la OMS, se calcula que en el año 2012 murieron 17,5 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, lo cual representa el 30% de las defunciones registradas en el mundo. (OMS, 2017[1]). En Venezuela, según datos aportados por el Anuario de Mortalidad del año 2011 a través del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) se reportan las enfermedades del corazón como la principal causa de muerte en la población con 30.548 defunciones que corresponde al 21,36. De igual manera sucede en el Estado Falcón, con un total de 1.389 defunciones equivalentes al 33,6 (MPPS, 2011).

En la actualidad, se define factor de riesgo a un elemento o una característica que tiene una relación causal con un aumento de frecuencia de una enfermedad y que constituye factor predictivo independiente y significativo del riesgo de contraer una enfermedad (Uzcátegui y Alvarado. 2011). Entre los factores de riesgo cardiovascular que el Estudio Framingham ha identificado están el colesterol total y LDL elevados y el descenso del colesterol HDL, la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el tabaquismo, la inactividad física, historia familiar de enfermedad coronaria precoz, los factores psicosociales, la edad y el sexo; constituyendo la edad avanzada un factor importante de riesgo cardiovascular, no modificable (OMS 2017[2]).

Cabe agregar que se han descrito diversas maneras de agrupación para los factores de riesgo cardiovascular, sin embargo la clasificación clásica de modificable y no modificable ha sido y sigue siendo la más utilizada. Se habla de modificables todos aquellos que son susceptibles de cambiar bien sea mejorando el estilo de vida o con terapia farmacológica; a diferencia de los no modificables que son aquellos imposibles de cambiar como la edad, la herencia, el sexo y la raza. (OMS 2017[3]). Según la OMS (2016), el sobrepeso y la obesidad se definen

como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Por definición, todo adulto con sobrepeso son los que tienen un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25 kg/m² y adulto con obesidad los que tienen un IMC igual o superior a 30 kg/m². La obesidad es una enfermedad metabólica crónica con riesgo cardiovascular asociado y una morbimortalidad aumentada. (Morales 2009).

Actualmente el sobrepeso y la obesidad se consideran tan importantes como otros factores de riesgo clásicos relacionados con la enfermedad coronaria. (Morales 2009) De igual manera, tras el primer estudio de Jeremy Morris publicado en el año 1953 y catalogada como la primera demostración más potente y referente mundial donde relaciona la actividad física con la salud, señalando el sedentarismo como uno de los principales factores conductuales para prevenir enfermedades cardiovasculares y la obesidad. (Paffenbarger, R 2000).

En el mismo orden de ideas, el colesterol es un lípido que pertenece al grupo de los esteroides y que forma parte de las membranas celulares. Debido a su naturaleza hidrofóbica, forma parte de lipoproteínas para su transporte por el torrente sanguíneo y pueden ser de baja densidad como las LDL, de alta densidad como las HDL o de muy baja densidad como las VLDL. El aumento de las moléculas de LDL en el plasma sanguíneo favorece la formación de placas de ateroma así como aumenta la densidad de la sangre favoreciendo la aparición de trombos. (Díaz 1997).

Aunque el envejecimiento no es una causa directa de afecciones coronarias, estas se presentan comúnmente entre las personas de edad avanzada. (Alvarado,. 2013), ya que el endotelio se asocia con el acortamiento de los telómeros, la apoptosis, cambios estructurales y la disfunción de células endoteliales, el incremento de la vasoconstricción dependiente del endotelio, disminución en la biodisponibilidad del óxido nítrico y la angiogénesis dependiente de endotelio y el aumento de la rigidez vascular mediada por canales endoteliales de sodio (EnNAC). La disfunción endotelial asociada al envejecimiento puede contribuir a la disminución de las respuestas vasodilatadoras coronarias y la angiogénesis (Pemberthy y otros. 2016).

La vejez, representa una de las etapas del ciclo vital en la cual se acentúan y/o evidencian los cambios del proceso de envejecimiento. (Arcila. 2011), ya que se produce una alteración de las estructuras psico-físicas de forma gradual y por consiguiente de la actividad sexual disminuye pero no desaparece. (Sánchez y otros. 2009) Ahora bien, la función sexual es una respuesta fisiológica del organismo, al igual que la función cardiovascular. (Literat. 2017). Aunque no es una actividad indispensable para la conservación de la vida, resulta fundamental para mantener la calidad de la misma y la sensación de bienestar y armonía biopsicológica (Álvarez. 2008).

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo. (Álvarez. 2008) De acuerdo con la OMS (2006[2]) se define como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida que abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual (OMS 2017[4]).

En cuanto a la función sexual masculina, integrada por el deseo sexual, la erección, la eyaculación y el orgasmo, es de una altísima complejidad debido a que involucra diversos mecanismos fisiológicos en los que intervienen diferentes sistemas y órganos (endocrinológico, vascular, neurológico y otros), altamente controlada por el cerebro y dependiente de factores educacionales, culturales, sociales, religiosos y muchos otros que condicionan las diferencias interindividuales (Pomerol. 2005).

La respuesta sexual en los adultos mayores puede presentar diversas alteraciones, dentro de las más comunes se encuentra la disfunción eréctil (DE). La disfunción eréctil se define como la incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener la suficiente rigidez del pene que permita una relación sexual satisfactoria. Afecta al 10-50% de los varones, según estudios epidemiológicos efectuados en distintos países, y tiene una mayor prevalencia en las últimas décadas de la vida (Pomerol. 2005).

En la edad avanzada se evidencia una mayor incidencia de los factores de riesgo de DE, así como también de las enfermedades cardiovasculares. Está bien demostrado que la DE puede ser un síntoma centinela de enfermedades cardiocirculatorias. (Pomerol. 2005). En consideración con lo antes expuesto, se

plantea la siguiente interrogante: ¿Cómo influyen los Factores de Riesgo Cardiovascular (hiperlipidemia, sedentarismo y obesidad) en la Función Sexual Masculina en los adultos mayores de la población de Píritu, Municipio Píritu, Estado Falcón durante el período Julio-Octubre 2017?.

En la recaudación de información referente a estudios previos relacionados con las variables en cuestión, se encontraron los siguientes trabajos de investigación: Según Celada en el año 2016 llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal-analítico que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV).

Se analizaron datos como la edad, talla, peso e IMC y la existencia o no de dislipidemia, en una muestra de 179 pacientes. Dicho estudio tuvo como resultado, la edad media de 64,5 ± 11,6 años y que al analizar todas las variables del estudio en relación a la variable principal de presencia o ausencia de disfunción eréctil, se observó que la edad juega un papel importante es este estudio. Por otra parte, no mostraron relación significativa con la DE, el IMC y la dislipidemia.

El Dr. Moya (2016) en ese mismo año realizó un estudio cuyo objetivo fue analizar las características epidemiológicas de una población de pacientes derivados con diagnóstico de Disfunción Eréctil a un centro urológico especializado y la relación entre la severidad de ésta y los FRCV en la Universidad de Chile; se analizaron en forma retrospectiva 200 pacientes españoles durante los años 2009 y 2010 con edades entre 20 y 85 años, también la presencia de Dislipidemia y el IMC. Para evaluar la función eréctil se aplicó el cuestionario del Índice Internación de Función Eréctil (IIEF-5).

De esta manera encontró que la mayoría de los pacientes con Disfunción Eréctil (DE) se encontraba entre los 60-69 años con un 35% y que un 40% del grupo presentaba una DE moderada a severa, además la presencia de sobrepeso y obesidad fue cerca de un 75%. Así mismo concluye que la presencia de Disfunción Eréctil aumenta en forma progresiva a medida que aumenta la edad y que existe una gran asociación entre la presencia de FRCV y la presencia de Disfunción Eréctil.

Por otra parte, Riedner C. para el año 2010, realizó otro estudio con el objetivo de evaluar la asociación entre la disfunción eréctil y la enfermedad arterial coronaria en diferentes grupos de edad comprendidos entre <60 años y ≥ 60 años, que presentaron factores de riesgo cardiovascular como el sedentarismo, dislipidemia y obesidad. En cuanto a la función eréctil, se evaluó mediante el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF). De esta manera concluyó que la edad media de los pacientes fue de 58,3 ± 8,9 años y demostró que la disfunción eréctil no está relacionada de forma independiente a la presencia de enfermedad arterial coronaria.

En el mismo año, Machado (2010) realizó un trabajo de investigación con el objetivo de evaluar la asociación entre el nivel de actividad física y estado físico asociado a factores de riesgo cardiovascular como la obesidad y la dislipidemia. En esta investigación se evaluaron 180 pacientes masculinos con edades comprendidas entre los 40 y los 75 años, el cual fueron evaluados por edad, presencia de factores de riesgos cardiovasculares (en la que destacó la dislipidemia) y los parámetros antropométricos basados en el IMC. La evaluación de la función eréctil fue realizada por el cuestionario IIEF y el sedentarismo se evaluó mediante el Cuestionario Internacional de Actividad Física en su versión corta.

Donde se evidenció una asociación inversa entre la actividad física y la disfunción eréctil de (p <0,001), la dislipidemia (p=0,02) y la edad (p <0,001). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las asociaciones entre la disfunción eréctil y el IMC (P = 0,062). Concluyendo de esta manera que los hombres con mayor actividad física o en mejor forma física son menos propensos a sufrir de disfunción eréctil.

Otro antecedente de importancia es el de Rosales y otros en el año 2013, quienes realizaron un proyecto de investigación titulado **"**Factores de Riesgo Cardiovascular y Función Eréctil, en los sectores Providencia y San Román, Pueblo Nuevo de Paraguaná, Municipio Falcón**".** Dicha investigación tuvo como objetivo Asociar Factores de Riesgo Cardiovascular (Obesidad) con la Función Eréctil, en la población de 20 a 80 años de edad. El tipo de investigación fue analítica con un diseño de investigación de campo transversal, en el cual la población estuvo conformada por 86 pacientes. Para la recolección de los datos

se aplicó una ficha con el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) y una hoja rotulada con los ítems edad, peso, talla e IMC.

De esta manera se concluyó que: existe una alta prevalencia de los factores de riesgos cardiovascular, específicamente la obesidad con un 57%; y que existe relación en cuanto a la edad y la función eréctil observándose la presencia de disfunción eréctil con un rango de edad promedio de 44,64 años (DE ±11,49) en adelante, evidenciándose así, que a medida que aumenta la edad se incrementa la severidad de la disfunción eréctil.

Objetivos de la investigación:

1. Objetivo general.

Correlacionar los factores de riesgo cardiovascular y función sexual masculina en adultos mayores de la población de Píritu, Municipio Píritu, Estado Falcón.

2. Objetivos específicos.

2.1 Describir las características socio-demográficas y epidemiológicas del adulto mayor masculino con factores de riesgo cardiovascular (hiperlipidemia, sedentarismo y obesidad) de la población de Píritu, Municipio Píritu, Estado Falcón durante el período Julio-Octubre 2017.

2.2 Determinar las concentraciones de colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos y VLDL en la población en estudio.

2.3 Obtener información sobre comportamiento sedentario a través del instrumento STEPS de la OMS para la Vigilancia de los Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en la población en estudio.

2.4 Verificar el índice de masa corporal en adultos mayores mediante la tabla establecida por la OMS.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de Investigación:

Correlacional.

Diseño de la Investigación:

Transversal - De Campo - No Experimental.

Población y Muestra:

La población objeto de estudio será finita y manejable, la cual está conformada por 81 adultos mayores masculinos, todos pertenecientes a la población de Píritu, Municipio Píritu, Estado Falcón. En cuanto a la muestra, la misma fue calculada realizando la fórmula de Lilian Bajo García (2015). De esta manera, la conforman 44 adultos mayores masculinos que cumplirán con los criterios de inclusión que a continuación se presentan.

Criterios de Inclusión:

1. Adulto mayor masculino habitante de la población de Píritu, Municipio Píritu, Estado Falcón.
2. Adulto mayor masculino con al menos uno de los siguientes factores de riesgo cardiovascular (hiperlipidemia, sedentarismo y obesidad).
3. Adulto mayor masculino que firme el consentimiento informado para la participación en el estudio.
4. Adulto mayor masculino sexualmente activo.
5. Adulto mayor masculino alfabeto.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes con algún trastorno psiquiátrico o enfermedad neurológica.
2. Pacientes con cirugía o trauma mayor.
3. Pacientes con dificultad visual.
4. Pacientes encamados o en estado crítico.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

Con el fin de llevar a cabo la presente investigación, una vez seleccionada la muestra objeto de estudio mediante los criterios anteriormente establecidos, se les informo a los pacientes sobre el protocolo de esta investigación y la importancia de la misma, así como también se les explico su propósito y objetivos, para obtener la firma del consentimiento informado y proceder a la recolección de datos.

Una vez obtenida la aprobación del consentimiento informado, la obtención de toda información necesaria fue mediante la entrevista de tipo semi-estructurada. De esta manera, el instrumento estuvo conformado por la Historia Clínica, Índice Internacional de Función Eréctil y Cuestionario Mundial de Actividad Física del paciente, en el cual dichos instrumentos se introdujeron en un sobre manila, inicialmente la Historia Clínica y Cuestionario Mundial de Actividad Física y luego de que el paciente llenara el IIEF de manera anónima, esto se realizó con el objetivo de respetar el pudor y la privacidad del paciente. Finalmente se depositó en una caja sellada para posteriormente procesar y graficar los resultados.

En cuanto a la Historia Clínica, la misma consto de 5 partes: en la I Parte se realizó la identificación del paciente especificando la edad y sexo; la II Parte estuvo constituida por los antecedentes personales, familiares y hábitos psicobiológicos. Posteriormente la III Parte estuvo conformada por el examen funcional, en la cual se interrogo acerca de los síntomas que se manifestaban de 6 meses hasta la actualidad y que guarden relación con el objeto de estudio; luego en la IV Parte se realizó el examen físico exhaustivo incluyendo signos vitales, peso y talla, registrando hallazgos clínicos de importancia; y finalmente en la V Parte se registró la clasificación de la obesidad por IMC según la OMS, así como los valores obtenidos en el examen paraclínico (Perfil Lipídico).

Por su parte, el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física de la OMS estuvo integrado de tal manera que permitió evaluar el dominio en el cual se lleva a cabo la actividad física (la actividad física profesional, la actividad física relacionada con el transporte y la actividad física durante el tiempo libre. Estuvo distribuido en 3 columnas: la primera es la pregunta, el cual se leyo en voz alta a los entrevistados, la segunda son las opciones de respuesta que el entrevistador encerrará en un círculo o anotará en las casillas, y por último la columna de clave.

Con la finalidad de diagnosticar y conocer la función Eréctil, Rosen et al. formularon el Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE), dicho instrumento consta de 15 preguntas que abarcan: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción con la relación sexual y satisfacción global, de los cuales tienen 6 opciones de respuesta que abarcan desde sin actividad física hasta casi siempre o siempre, otras el número de veces, el grado de disfrute y satisfacción.

Al final se suma el puntaje de las respuesta y se califica el grado de Disfunción Eréctil de 0 a 30 puntos; entre 6 a 10: severa, entre 11 a 16: moderada, entre 17 a 25: leve y desde 26 a 30 no existe DE.

De igual manera se realizaron estudios paraclínicos de laboratorio, con la finalidad de demostrar la presencia de dislipidemia a través de la toma de muestra sanguínea con ayuno previo de 8 horas. Se realizó por medio de punción venosa en el pliegue del codo, extrayéndose 10 ml de sangre y mediante el método de centrifugación se estimó de esta manera, el perfil lipídico.

Análisis Estadístico de la Investigación.

En el presente trabajo de investigación, los datos obtenidos de la muestra objeto de estudio a través de los distintos instrumentos, para el análisis de los datos se utilizaran técnicas de la estadística descriptiva, a través de cuadros y tablas con porcentajes y frecuencias y la estadística inferencial para establecer la relación entre las variables en estudio: para las variables cualitativas se utilizará la prueba de independencia del chi – cuadrado y para las cuantitativas el coeficiente de correlación de Pearson, mediante el uso del paquete estadístico IBM – SPSS STATISTICS, versión 21.

RESULTADOS

Esta investigación se llevó a cabo con una muestra de cuarenta y cuatro (44) Adultos Mayores Masculinos, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo Cardiovascular (hiperlipidemia, sedentarismo y obesidad) de la población de Píritu, Municipio Píritu, Estado Falcón durante el Período Julio-Octubre 2017. El rango de edad con mayor porcentaje en la muestra fueron los adultos con edades comprendidas entre 60 y 74 años (50%) tal como se ilustra a continuación:

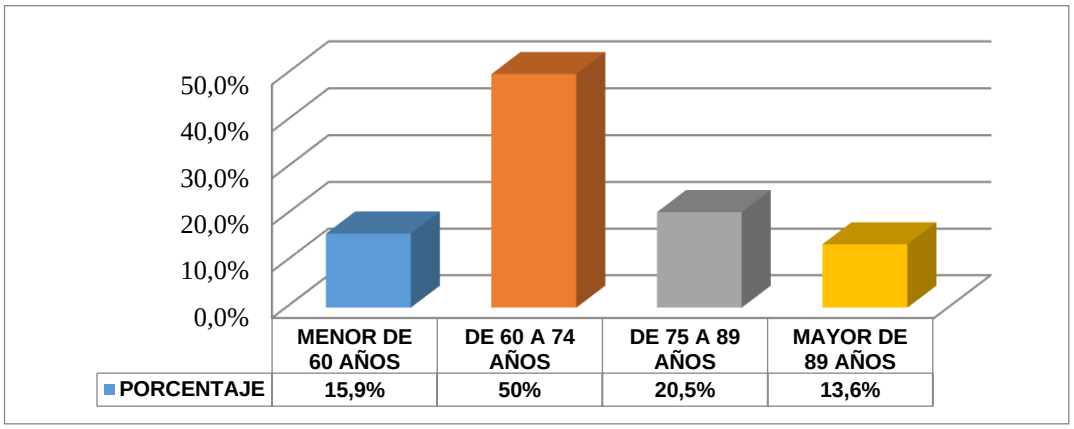


Gráfico 1. Distribución según rangos de edad. Fuente: Datos procesados por los autores (2017)

Es importante señalar, que a todos y cada uno de los pacientes de la muestra, con las características antes descrita, se les realizó exámenes de laboratorio para así determinar perfil lipídico, siendo los resultados obtenidos los siguientes:

Cuadro 1
Distribución de acuerdo a resultados del perfil lipídico

Perfil lipídico	Medidas descriptivas			
	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
COLESTEROL (mg/dl)	114,27	± 21,29	43	152
TRIGLICÉRIDOS (mg/dl)	79,59	± 36,84	30	213
HDL (mg/dl)	38,25	± 10,20	16	57
LDL (mg/dl)	62,11	± 18,54	34	99
VLDL (mg/dl)	15,30	± 8,16	6	43
COL/HDL (mg/dl)	3,26	± 1,05	1,79	6,81
LDL/HDL (mg/dl)	1,79	± 0,86	0,64	4,56

Fuente: Datos procesados por los autores (2017).

De acuerdo a los valores resumidos en el cuadro precedente, se pudo determinar que el promedio del colesterol de la muestra fue de 114,27 mg/dl, con una desviación estándar de ± 21,29 mg/dl. Con respecto a los triglicéridos, se puede indicar que el valor promedio fue de 79,59 mg/dl, con una desviación estándar de ± 36,84 mg/dl. Se pudo determinar que un total de 43 de los adultos mayores, que representan el 97,7% de la muestra, presentan valores normales en

sus niveles de triglicéridos, más sin embargo, hay un adulto mayor (2,3%) que si presenta alteraciones ya que posee cifras superiores de 150 mg/dl.

Con el propósito de obtener información sobre el comportamiento sedentario en los adultos mayores de la muestra, se utilizó el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física de la OMS, dando como resultados que el promedio fue de 7569,79 MET, con una desviación estándar de ± 87,51 MET. Al realizar la categorización de todos los participantes, a partir del baremo establecido para tal fin, se contabilizó que 35 adultos mayores de la muestra (79,5%), se categorizaron con un nivel alto de actividad física, al registrar cifras superiores a 1500 MET.

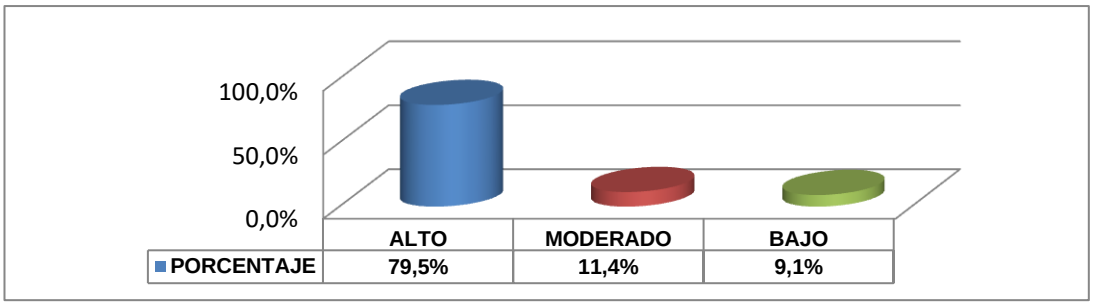


Gráfico 2. Distribución Según Niveles de Actividad Física. Fuente: datos procesados por los autores (2017)

Con relación al examen físico de todos y cada uno de los pacientes que participaron en la presente investigación, se obtuvo la siguiente información referida a las medidas antropométricas:

Cuadro 2
Distribución de acuerdo a medidas antropométricas

Medidas antropométricas	Medidas descriptivas			
	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Peso (kg)	66,77	± 10,44	40	87
Talla (mts)	1,66	± 0,09	1,46	1,82
Imc (kg/mts^2)	24,08	± 3,27	16,87	31,63

Fuente: Datos procesados por los autores (2017).

Se pudo determinar, de acuerdo a las cifras procesadas, que el peso promedio de los adultos mayores en estudio fue de 66,77 Kg. Con una desviación

estándar de ± 10,44 Kg. En cuanto a la talla se observó una talla promedio de 1,66 mts con una desviación estándar de ± 0,09 mts.

A partir de estos resultados y tomando en consideración los parámetros establecidos por la OMS para la clasificación de los adultos de acuerdo al grado de obesidad, se pudo observar que un solo adulto presenta Bajo Peso I (< 18,5 Kg/m^2) y 30 de ellos (68,2%) fueron categorizados con Peso Normal (de 18,5 a 24,9 Kg/m^2). De igual manera se observó que el 22,7% de los adultos participantes (10 en total), se ubican en un nivel de Sobrepeso (de 25 a 29,9 Kg/m^2). Así mismo se pudo determinar, que hay un total de 3 adultos, que representan el 6,8% de la muestra, que fueron clasificados con Obesidad Grado I (cifras de 30 a 34,9 Kg/m^2); tal como se ilustra a continuación:

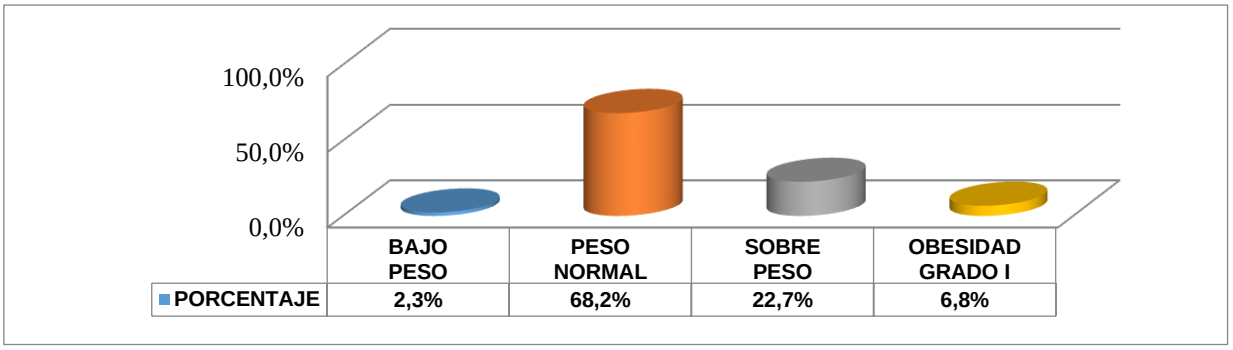


Gráfico 3. Distribución de acuerdo al IMC. Fuente: Cuadro 2 (2017)

Con la finalidad de diagnosticar y conocer la Función Eréctil de los Adultos Mayores de la muestra en este estudio, se utilizó el Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE) para clasificar el grado de Disfunción Eréctil, de una escala de 0 a 30 puntos, a partir del siguiente patrón de categorización: de 6 a 10 puntos: Disfunción Eréctil Severa; entre 11 a 16 puntos: Moderada; entre 17 a 25 puntos: Leve y desde 26 a 30 puntos no existe Disfunción Eréctil. Los resultados obtenidos revelan que el promedio general fue de 12,61 puntos, con una desviación estándar de ± 8,87 puntos.

Al realizar la clasificación de los adultos mayores participantes, a partir del patrón de categorización establecido para tal fin, se observó que 14 de ellos (31,8%) fueron clasificados con Disfunción Eréctil Severa (cifras entre 6 y 10 puntos). Importa señalar que 8 de ellos (18,2%), todos con edades superiores a 70 años, manifestaron no haber tenido actividad sexual.

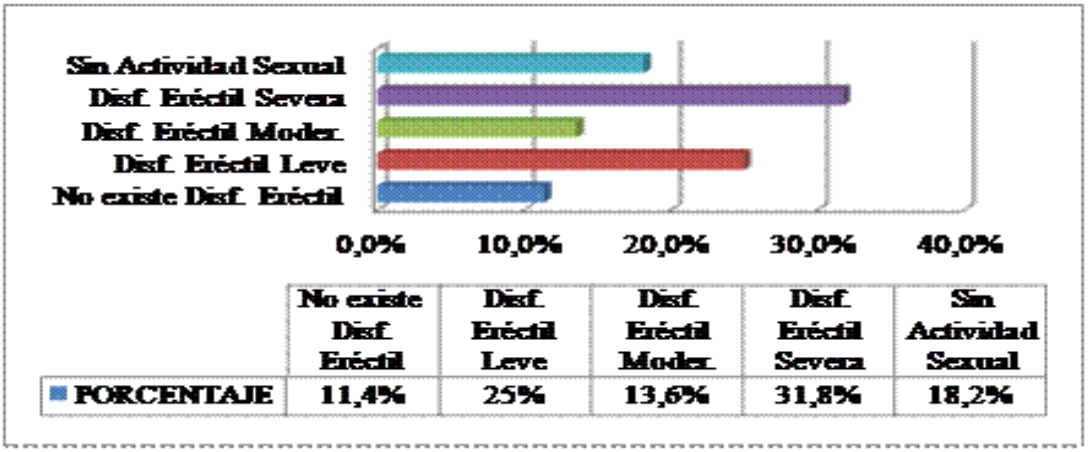


Gráfico 4 Distribución de acuerdo al nivel de disfunción eréctil. Fuente: Datos procesados por los autores (2017)

Con el firme propósito de determinar la correlación de los Factores de Riesgo Cardiovascular y Función Sexual Masculina en Adultos Mayores de la población de Píritu, se utilizaron técnicas de la Estadística Inferencial Paramétrica, a través de la Correlación de Pearson (para las variables cuantitativas).

Al realizar la comparación de la Función Sexual con las variables cualitativas de los factores de riesgo cardiovascular, a partir de la Correlación de Pearson, se obtuvo el siguiente resultado:

Cuadro 3
Resultados correlación de Pearson

Variables	Valor correlación de Pearson	Significación	Valor p
Función sexual vs. Edad	- . 593 **	.000	p < .01
Función sexual vs. Colest.	- .156	.312	p > .05
Función sexual vs. Triglic.	- .030	.848	p > .05
Función sexual vs. HDL	+ .077	.618	p > .05
Función sexual vs. LDL	- .170	.270	p > .05
Función sexual vs. VLDL	+ .011	.942	p > .05
Función Sexual Vs. COL/HDL	- .140	.363	p > .05
Función Sexual Vs. HDL/LDL	- .187	.224	p > .05
Función Sexual Vs. ACT. FÍSICA	+ .181	.241	p > .05
Función Sexual VS. IMC	- 1,62	.292	p > .05

Fuente: Datos procesados por los autores (2017)

Los resultados indican que la Función Sexual no se relaciona con el Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL, VLDL, COL./HDL, HDL/LDL, Actividad Física e IMC, por valores de Pearson= **-.156, -.030, +.077. -.170. +.011, -.140, - .187, +.181** y **-1,62**, con significaciones asintóticas bilaterales iguales a **.312, .848, .618, .270, .942, .363, .224, .241** y **.292**, siendo mayores a 0,05 (**p < .05**). Sin embargo, la Función Sexual se relaciona significativamente con la edad, ya que el valor de Pearson = **- .593****, con una significación asintótica bilateral menor de 0,01 (**p <.01**). Deduciendo así, que existe una tendencia estadística altamente probable de que adultos con menos edad, tengan buena Función Sexual, con un nivel de confianza del 99% y un margen de error del 1%.

Discusión.

Esta investigación se llevó a cabo con la finalidad de correlacionar los Factores de Riesgo Cardiovascular y Función Sexual Masculina en Adultos Mayores de la Población de Píritu, Municipio Píritu, Estado Falcón; y de acuerdo a las características socio-demográficas analizadas a través del paquete estadístico de una muestra de 44 pacientes, se determinó que el rango de edad con mayor porcentaje estuvo comprendido entre 60 y 74 años, representando el 50% con una edad promedio de 71,32 años. Similar a *Celada A.* cuya edad media fue de 64,5 ± 11,6 años.

Tal y como lo señala dicho autor, quien refiere que en su estudio no mostraron relación significativa con la Disfunción Eréctil, el IMC y la dislipidemia; de la misma manera sucede en la presente investigación, donde se destaca que el Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL, VLDL, Actividad Física e IMC, no están correlacionadas con la Función Sexual, debido a que se encuentran dichos valores dentro de los rangos normales.

Sin embargo, otro trabajo de investigación realizado por *Riedner C.* demostró que el aumento del IMC puede ser particularmente útil en la predicción disfunción eréctil. En este caso no aplica con nuestro estudio, ya que se observó que el 68,2% presentan Peso Normal, 22,7% con Sobrepeso y sólo 6,8% de la muestra, fueron clasificados con Obesidad Grado I.

En otra investigación realizada por *Rosales* y colaboradores concluyeron que existe alta prevalencia de factores de riesgos cardiovascular, específicamente la

obesidad con un 57%; caso contrario con la presente investigación, donde el 68,2% fueron categorizados con Peso Normal y sólo el 22,7% de los adultos se ubican en un nivel de Sobrepeso. Pero similar en cuanto a la función eréctil, donde evidenciaron que a medida que aumenta la edad se incrementa la severidad de la disfunción eréctil. Con resultados similares fue el estudio que realizó el *Dr. Moya* que concluye que la presencia de Disfunción Eréctil aumenta en forma progresiva a medida que aumenta la edad.

Partiendo de los resultados obtenidos de la presente investigación en donde se determinó que 79,5% se categorizaron con un nivel alto de actividad física y un 31,8% fueron clasificados con Disfunción Eréctil Severa; evidenciándose lo contrario en el estudio realizado por Machado donde se evidenció que los hombres con mayor actividad física o en mejor forma física son menos propensos a sufrir de disfunción eréctil.

CONCLUSIÓN

1. El rango etario con mayor porcentaje fueron los adultos en edades comprendidas entre 60 y 74 años.

2. Se pudo determinar que la mayoría absoluta de la muestra (100%) presenta valores normales en su nivel de Colesterol, y sólo un adulto mayor (2,3%) si presenta alteraciones en los niveles de Triglicéridos, ya que posee cifras superiores de 150 mg/dl. Y en relación al HDL, un 79,5% de adultos mayores sobrepasan cifras superiores a los 40 mg/dl.

3. Se demostró que el 79,5% se categorizaron con un nivel alto de actividad física, al registrar cifras superiores a 1500 MET.

4. Se observó que el 68,2% presentan peso normal.

5. En cuanto a la Función Sexual se pudo determinar que 31,8% fueron clasificados con Disfunción Eréctil Severa.

6. Se demostró que la Función Sexual no se relaciona con el Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL, VLDL, COL./HDL, HDL/LDL, Actividad Física e IMC.

7. La Función Sexual se relaciona significativamente con la edad. Resultando que adultos con menor edad, mayor será la Función Sexual.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarado J, Santos M. (2013). *Determinación de perfil lipídico y factores de riesgo aterogénico en pacientes geriátricos del Área de Salud.* No. 2 – Miraflores. Subcentro de Salud, UNCOVÍA. Tesis de grado. Universidad de Cuencas. Ecuador.

Álvarez Vázquez Luisa, Rodríguez Cabrera Aida, Salomón Avich Nelli. (2008). *Salud sexual y envejecimiento*. Rev. Cubana Salud Pública.

Arcila M, Velásquez M (2011). *Actividad sexual de los adultos mayores pertenecientes al comedor popular Luis Daniel Beaupethuy*. Tesis de grado. Cumana, municipio Sucre, estado Sucre. Venezuela

Celada R, A. Celada R, C. Loreto, M. Tárraga M. Salmerón, R. Sarek S. Tárraga P. (2016). *Prevalencia de disfunción eréctil (DE) en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV)*. Rev JONNPR. 2016; 1(3):107-114

Díaz MN, Frei B, Vita JA & Keaney JF, Jr. (1997). *Antioxidants and atherosclerotic Heart disease.* N Engl J Med 337, 408-416.

Framingham Heart Study (2017) *Estudio del Corazón de Framingham*. Disponible en URL: https://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/about-spanish.php [Consultado 14 Junio 2017].

Literat, B (2017) *Respuesta Sexual Humana.* Disponible en URL: www.drabeatrizliterat.com.ar [Consultado en 16 Junio 2017].

Machado L, A. (2010). *Relación entre el nivel de actividad Física y disfunción eréctil en hombres con edades entre 40 y 75 años*. Tesis de grado. Universidad Federal de Juiz de Fora. Brasil.

Ministerio del poder Popular para la Salud MPPS. (2011). Anuario de Mortalidad. WHO. Disponible en URL: www.bvs.gob.ve/anuario/Anuario2011.pdf [Citado 14 junio 2017].

Morales A, Coca A (2009) *Obesidad, actividad física y riesgo cardiovascular: clasificación ergoantropométrica, variables farmacológicas, biomarcadores y paradoja del obeso.* Medicina clínica**.** Vol. 134, No. 11. España.

Moya G, F. (2016). *Caracterización epidemiológica de población con disfunción eréctil y análisis de sus factores de riesgo cardiovascular y grado de disfunción eréctil en un centro cuaternario*. Hospital Clínico Universidad de Chile. Rev Chilena de Urología. Vol. 81; Nº 2: 1-22.

Organización Mundial de la Salud OMS (2006[2]). *Salud Sexual y Sexualidad. WHO.* Disponible en URL: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/ [Consultado 19 Junio 2017].

Organización Mundial de la Salud OMS (2017[2]). Obesidad y Sobrepeso. WHO. Disponible en URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/ [Citado 14 Junio 2017].

Organización Mundial de la Salud OMS (2017[3]). *Inactividad física: un problema de salud pública mundial. WHO*. Disponible en URL: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/ [Consultado 16 Junio 2017].

Organización Mundial de la Salud OMS (2017[4]). *Actividad Física. WHO.* Disponible en URL: http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/ [Consultado 16 Junio 2017].

Organización Mundial de la Salud. OMS (2017[1]) *¿Qué son las enfermedades cardiovasculares?. WHO.* Disponible en URL: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/ [Consultado 14 junio 2017].

Paffenbarger, R. S. (2000). Jerry Morris: *pathfinder for health through an active and fit way of life*. British Journal of Sport Medicine. 34(3), 217.

Pemberthy C, Jaramillo N, Velásquez A, Cardona J, Contreras H, Jaramillo V (2016). *Conceptos actuales sobre el envejecimiento y la enfermedad cardiovascular.* Revista Colombiana de Cardiología. Vol. 23, publicación 3, May–Jun 2016, Pág. 210-217. Colombia.

Pomerol J. (2005). *Edad y función sexual masculina*. Rev. Vol. 124. Núm. 5. Febrero 2005. Barcelona, España.

Riedner, E, C. (2010). *Evaluar la asociación entre la disfunción eréctil y la enfermedad arterial coronaria*. Tesis de grado. Universidad Federal de Rio Grande do Soul. Porto Alegre. Brasil.

Rosales Ch. Kristofer J. (2013). *Factores de riesgo cardiovascular y función eréctil, Sectores Providencia y San Román, Pueblo Nuevo de Paraguaná, Municipio Falcón*. Tesis de grado. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Pueblo Nuevo de Paraguaná, municipio Falcón. Venezuela.

Sánchez M; Morales L; Sandoval R; Duran R; Suarez K (2009). *La importancia de la sexualidad en la tercera edad*. Clínica Especializada de Urología y Fertilidad I.A.P. México.

Uzcátegui M y Alvarado J. (2011). *Estilos de vida y riesgo cardiovascular en adultos mayores de la Población de Maripa***.** Estado Bolívar. Tesis de grado. Universidad de Oriente.