

ARTÍCULO ORIGINAL

**Prescripción de Sildenafil en el policlínico docente “Manuel Fajardo Rivero”**  
**Prescription of Sildenafil at “Manuel Fajardo Rivero” teaching polyclinic**

Dra. Sarah María Regueira Betancourt\*, Dr. Manuel de Jesús Díaz Pérez\*\*, Dr. Julio Guillermo García Reyes\*\*\*, Dra. María Fernanda Ríos Cunalata\*\*\*

\*Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Especialista de Segundo Grado en Farmacología. Investigadora Agregada. Profesora Asistente. Policlínico Docente “Manuel Fajardo Rivero”. \*\*Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar. \*\*\*Residentes de Segundo Año en Medicina General Integral. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dra. Sarah María Regueira Betancourt, correo electrónico: regueira@ltu.sld.cu.

Recibido: 25 de septiembre de 2015

Aprobado: 20 de octubre de 2015

**RESUMEN**

**Fundamento:** la sexualidad es ampliamente aceptada como una parte importante e integral del bienestar físico y emocional, un marcador del estado de salud y la calidad de vida del paciente. En el territorio no existen estudios que caractericen el tratamiento con Sildenafil de los pacientes con disfunción sexual eréctil.

**Objetivo:** caracterizar la prescripción de Sildenafil en pacientes diagnosticados con disfunción sexual eréctil, pertenecientes al área de salud del Policlínico Docente “Manuel Fajardo Rivero”, municipio Las Tunas, durante el período comprendido entre el 5 de enero y el 30 de abril del 2015.

**Métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de los pacientes diagnosticados con disfunción sexual eréctil, pertenecientes al área de salud y durante el período de tiempo referidos en el objetivo. Para la selección de pacientes se adoptó el muestreo no probabilístico consecutivo, ingresando a la base de datos los pacientes que acudieron a consulta a renovar su receta de Sildenafil.

**Resultados:** predominó el grupo de 70-79 años. Hubo deficiencia en los componentes a evaluar para llegar al diagnóstico, con una historia clínica breve, inadecuado examen físico, sin referencia a la historia sexual, ni historia psicosocial, con pocas indicaciones de exámenes de laboratorio. Se desconocía la clasificación y no se evaluó la posible causa. La hipertensión arterial, unida a la diabetes mellitus tipo 2, fueron los antecedentes más referidos. La contraindicación más reportada fue el consumo de Dinitrato de isosorbide. El Enalapril, la Cimetidina y el Amlodipino fueron los fármacos más utilizados, que provocan interacciones medicamentosas con el Sildenafil.

**Conclusiones:** existen deficiencias en la valoración diagnóstica de la disfunción sexual eréctil, que debe ser multidisciplinaria. El tratamiento debe ser escalonado, teniendo en cuenta el costo/riesgo/beneficio en función del estado de salud general del paciente y sus aspiraciones.

**Palabras clave:** SILDENAFIL; DISFUNCIÓN SEXUAL ERÉCTIL.

**Descriptor:** DISFUNCIÓN SEXUAL FISIOLÓGICA; SEXUALIDAD.

**ABSTRACT**

**Background:** sexuality is widely accepted as an important and integral part of the physical and emotional well-being, a marker of health status and quality of life of patients. On the territory there are no studies that characterize Sildenafil treatment of patients with erectile sexual dysfunction.

**Objective:** to characterize the prescription of sildenafil in patients diagnosed with erectile sexual dysfunction, belonging to the health area of “Manuel Fajardo Rivero” Polyclinic in Las Tunas municipality, from January 5 to April 30, 2015.

Citar como: Regueira Betancourt SM, Díaz Pérez Md, García Reyes JG, Ríos Cunalata MF. Prescripción de Sildenafil en el policlínico docente “Manuel Fajardo Rivero”. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2015; 40(11). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/347>.



**Methods:** an observational, descriptive and cross-sectional study was carried out in patients diagnosed with erectile sexual dysfunction, belonging to the health area and during the time period referred to in the objective. For the selection of patients, the consecutive non-probabilistic sampling was taken, getting those patients who came to the office to renew their prescription of Sildenafil into the database.

**Results:** the age group from 70 to 79 years old prevailed. There were deficiencies in the components to be assessed for diagnosis, with a brief medical history, inadequate physical examination, without reference to sexual history or psychosocial history, with few indications of laboratory tests. Classification was unknown and the possible cause was not assessed. Hypertension, linked to type 2 diabetes mellitus, was the most referred past health histories. The most reported contraindication was isosorbide dinitrate consumption. Enalapril, Cimetidine and Amlodipine were the most common drugs that caused drug interactions with sildenafil.

**Conclusions:** there are deficiencies in the diagnostic evaluation of erectile sexual dysfunction, which must be multidisciplinary. Treatment must be phased, taking into account the cost / risk / benefit depending on the general health of the patient and his aspirations.

**Key words:** SILDENAFIL; ERECTILE SEXUAL DYSFUNCTION.

**Descriptors:** SEXUAL DYSFUNCTION, PHYSIOLOGICAL; SEXUALITY.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la sexualidad es ampliamente aceptada como una parte importante e integral del bienestar físico y emocional; es un marcador del estado de salud y de la calidad de vida del paciente. (1) Tan distinta es la forma en que cada individuo vive su propia sexualidad, como también lo es su forma de enfrentar una disfunción; esto se debe a la estrecha interrelación existente entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

La primera descripción de la disfunción sexual eréctil (DSE) data del año 2000 A.C., lo que demuestra que el sexo es tan primitivo como la vida humana y que los antepasados esculpían monumentos con representaciones y características propias del hombre y la mujer según sus genitales. Los trastornos sexuales y su terapéutica constituyen un problema de salud manifestado desde tiempos remotos. (2) La sexualidad es una realidad que impregna la vida cotidiana, que impulsa tanto al amor como a las formas de agresión más violentas, que perpetua los insomnios de los adolescentes y alegría la senectud.

En la década de los 90, un hecho fortuito en la investigación médica ha revolucionado el tratamiento conservador de los pacientes con DSE: (3) el descubrimiento de que el citrato de sildenafil, un poderoso agente inhibidor selectivo de la fosfodiesterasa del tipo 5, la cual está presente en concentraciones relativamente elevadas en los cuerpos cavernosos humanos, es capaz de mejorar la función eréctil en el 57 % de los pacientes diabéticos con DSE. Este medicamento ha sido evaluado en más de 3 000 pacientes con DSE de diversas causas y ha demostrado una elevada eficacia clínica, con mínimos efectos adversos. Ha mejorado el pronóstico de las disfunciones eréctiles vasculares. (4)

En Cuba no se ha cuantificado de manera exacta la prevalencia de disfunciones sexuales en la población en general, y aunque se han realizado algunos estudios estos aún son insuficientes; tampoco en la

provincia de Las Tunas. Por consiguiente, no existen investigaciones que caractericen la prescripción del Sildenafil, fármaco que se encuentra bajo vigilancia intensiva, utilizado recientemente en amplios grupos poblacionales con DSE. Según lo establecido por la Vicedirección de Asistencia Médica de la Dirección Municipal de Salud en Las Tunas, el especialista en Urología diagnóstica, la DSE prescribe tratamiento con Sildenafil y lo deriva a consulta de Medicina Interna, para que este especialista le emita la receta mensualmente. La DSE no es una enfermedad que se corresponda con el programa de estudio de esta especialidad. Se observaron algunos aspectos en la confección de las historias clínicas y en la prescripción del fármaco en general, con un elevado consumo y un uso irracional en la atención primaria. Estos hallazgos generaron dudas sobre la correcta prescripción y su uso adecuado y llevaron a revisar las investigaciones sobre la práctica de prescripción y el consumo, encontrándose escasas referencias. Por ello, se consideró necesario revisar la metodología recomendada para la prescripción. El desarrollo del presente trabajo dio el punto de partida y fue un aspecto válido para la labor de promoción y prevención de los especialistas de la APS.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de los pacientes diagnosticados con disfunción sexual eréctil, pertenecientes al área de salud del Policlínico Docente "Manuel Fajardo Rivero" del municipio de Las Tunas, durante el período comprendido entre el 5 de enero y el 30 de abril de 2015; con el propósito de caracterizar la prescripción de Sildenafil. El universo estuvo constituido por toda la población adulta diagnosticada con disfunción sexual eréctil, bajo tratamiento con ese medicamento.

Para la selección de los pacientes se adoptó el muestreo no probabilístico consecutivo, ingresando a la base de datos los pacientes que acudieron a

consulta a renovar su receta de Sildenafil en la fecha de realización de la investigación y reunieron los criterios de inclusión, dados por ser mayores de 18 años y asistentes a la consulta del Grupo Básico de Trabajo 3.

Los datos se obtuvieron durante la entrevista realizada. Se consiguió información mediante la anamnesis y el examen físico. Se revisaron los expedientes clínicos y la historia de salud familiar. Una vez aplicados los cuestionarios, se procedió a su revisión con la finalidad de interpretarlos. Se creó una base de datos con el sistema MICROSTAT. Para el análisis y discusión de los resultados se utilizaron frecuencias absolutas y relativas mediante valores porcentuales de las variables y se realizó comparación de los porcentos, empleando análisis de proporciones.

Se confeccionaron tablas de vaciamiento, a partir de las cuales se interpretaron los resultados, comparándolos entre sí y con la bibliografía revisada al efecto. Para cumplir los principios éticos de la investigación, el estudio fue aprobado por el Consejo Científico de la institución y de la Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, además del correspondiente Comité de Ética de la Investigación.

En el marco de las recomendaciones éticas, los participantes firmaron el acta de consentimiento informado, previa información de los objetivos y propósitos y el respeto a su decisión de no participar sin que se afectara su seguimiento. Se analizó la información documental por las causas de interés del equipo investigador, la cual fue utilizada solamente para el logro de los propósitos del estudio, observando la más estricta confidencialidad.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La disfunción eréctil es uno de los problemas de salud crónicos más frecuentes en varones mayores de 40 años, y constituye una causa frecuente de consulta a los médicos generales integrales básicos y a otros especialistas. Puede también presentarse como un síntoma centinela de otras enfermedades subyacentes importantes, además, de que padecerla repercute negativamente en la calidad de vida, tanto del sujeto que la sufre como de su pareja.

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. La **tabla 1** expone la prescripción de Sildenafil por grupos de edad; predominó el grupo de 70-79 años, seguido del de 60-69 años y en tercer lugar, el de 50-59 años. Según la bibliografía revisada, afecta aproximadamente al 50 % de los hombres en edades comprendidas entre 40 y 70 años. (5) Sin embargo, llama la atención el predominio en el grupo de 70-79 años y un 8,8 % en pacientes de 80-89 años, edades en las que los intereses sexuales no son motivación prioritaria.

Intervienen, además, los prejuicios, los mitos e inhibiciones sociales. Se impone señalar que la DSE aparece conforme se envejece, sobre todo cuando se

rebasan los 50 años. Ya a partir de esa década se presentan muchas enfermedades comunes, capaces de causar problemas en la erección. Esta condición es habitual en la población masculina en el mundo, razón por la cual debe ser considerado un problema de salud pública, no solo por la frecuencia, sino también por el impacto negativo en la calidad de vida. (6)

**TABLA 1. Prescripción de Sildenafil por grupos de edad en el Policlínico Docente "Manuel Fajardo Rivero"**

Edades	Nº	%
18-29 años	1	1,1
30-39 años	0	0
40-49 años	3	3,3
50-59 años	17	18,6
60-69 años	27	29,7
70-79 años	33	36,3
80-89 años	8	8,8
90 y más	2	2,2
Total	91	100

El aumento de la esperanza de vida, aparejado a una disminución creciente de las tasas de natalidad, ha provocado en las últimas décadas un incremento significativo de la población de ancianos a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2025 habrá alrededor de dos mil millones de adultos mayores y que la mayor parte de este incremento se producirá en los países en desarrollo. (7) En Cuba el 17,4 % de las personas tienen 60 o más años y en el año 2030 será el país más envejecido de Las Américas. (8) En Las Tunas, al cierre del 2014, el grado de envejecimiento fue de 16,6. (9)

Actualmente, en Latinoamérica cerca de 50 % de los hombres de 40 o más años sufren algún grado de disfunción eréctil y una cifra alarmante, como el 35 %, la padece de forma completa o grave, lo cual fue corroborado en el primer estudio prospectivo sobre incidencia de ese trastorno en la Región, según el cual alrededor de un millón de afectados de 40-70 años son diagnosticados anualmente en Brasil. (10)

Diferentes estudios reflejan que el 52 % de los hombres de 40-70 años tenían algún grado de disfunción eréctil, su incidencia aumentó con la edad. Ahora lo padecen 150 millones de hombres en el mundo y, por lo general, solo el 10 % consultan por este motivo. Para el 2025 se esperan 320 millones de hombres en el mundo que padezcan la DSE. (11)

Se ha estimado que las tasas de DSE en la población en general, en relación con la edad del sujeto, son del 39 % en los hombres de 40 años, del 48 % en los hombres de 50 años, del 57 % en los pacientes de 60 años, y del 67 % en los de 70 años de edad. La prevalencia de DSE puede aproximarse al 75 %, en los hombres de 80 años de edad. (3)

En otra investigación realizada en Ciego de Ávila 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. (12)

La **tabla 2** ilustra los componentes a evaluar para llegar al diagnóstico. Sólo el 58,5 % refirieron que se les realizó la historia clínica. Sin embargo, a consulta llevaron una libreta con una muy breve historia de la enfermedad actual, el diagnóstico de DSE y la

indicación del Sildenafil realizada por el especialista en Urología, para la secuencia mensual de la entrega de la receta médica; lo que evidencia que no existe una historia clínica adecuada.

Al 92,3 % no se les realizó historia sexual y al 76,9 % les faltó el examen físico, ni siquiera la observación de los genitales externos o el tacto rectal. Sólo le indicaron exámenes de laboratorio al 16,5 % de ellos. A ningún paciente se le realizó historia psicosocial.

Cuando se habla sobre la sexualidad en los hombres, casi siempre se relaciona con el pene y a través de este, una forma de medir la virilidad. La valoración diagnóstica debe ser multidisciplinaria y escalonada, teniendo en cuenta el costo/riesgo/beneficio en función de las aspiraciones de los pacientes.

**TABLA 2. Aspectos a explorar para llegar al diagnóstico de disfunción sexual eréctil**

Aspectos	Explorados		No explorados	
	Nº	%	Nº	%
Historia clínica	31	34,1	60	65,9
Historia sexual	7	7,7	84	92,3
Examen físico	21	23,1	70	76,9
Historia psicosocial	0	0	0	0
Exámenes de laboratorio	15	16,5	76	83,5

Un correcto interrogatorio y detallado examen físico son capaces de ofrecer el diagnóstico etiológico en el 90-95 % de los casos afectos. (5) Es muy importante una buena historia clínica general y psicosexual, ambas constituyen una guía para tratar de no olvidar los aspectos más importantes que deben ser explorados; hay que efectuar una profunda anamnesis de cada aparato, en todo momento el equipo médico debe mostrarse respetuoso y cortés durante la evaluación, atendiendo a costumbres, educación y estatus social de los pacientes. (13) Se debe realizar el examen de todos los aparatos y no solo insistir en el aparentemente más afectado, (14) es necesario efectuar una historia farmacológica lo más completa posible por el alto riesgo de iatrogenia. (15)

Estos resultados sustentan la necesidad de rescatar el método clínico con una historia clínica completa, que incluya un interrogatorio exhaustivo, minucioso examen físico, historia sexual, psicosocial e indicaciones de exámenes de laboratorio necesarios para este diagnóstico.

En la **tabla 3** se observa la clasificación de la posible causa de la DSE. Reseñaron que conocían la causa de su enfermedad sólo un 24,2 % de la muestra, con predominio de la clasificación orgánica y, dentro de ésta, la causa más referida fue la prostatectomía radical.

En la mayoría de los pacientes con DSE se encuentran causas mixtas, independientemente de que predomine uno u otro factor. (11) El término de DSE predominantemente psicógena u orgánica se utiliza para aclarar que la existencia de un componente psicógeno no excluye completamente al orgánico y viceversa. Los pacientes con causa psicógena tienen alteración del mecanismo reflejo central con repercusión periférica, que conduce a cambios funcionales de las células musculares lisas del cuerpo cavernoso. De igual forma, la causa orgánica tiene repercusión psicológica, pues el paciente comienza a mostrar ansiedad por su desempeño sexual y temor al fracaso antes de iniciar una nueva experiencia. Así se forma un verdadero círculo vicioso. (5)

Es conocido que tanto la DSE como la eyaculación precoz están asociadas con respuestas del estrés o con los llamados trastornos psicósomáticos. El estrés no se produce de manera aislada, sino en interrelación del individuo con el medio; en esta interrelación juegan un papel particular los procesos de evaluación cognitiva que tienen lugar en el individuo, en relación con la valoración de las situaciones o estímulos ambientales y sus propios recursos de afrontamiento ante tales situaciones o estímulos. (16) Todos los pacientes deben recibir tratamiento psicológico, independientemente de la

causa de la DSE. Se requiere de una evolución y seguimiento por Psicología. La terapia sexual no debe limitarse al tratamiento de la disfunción eréctil, sino también a tratar de mejorar la comunicación y la confianza de la pareja. El psicoterapeuta debe conocer la actitud del paciente y su pareja ante su sexualidad, sus expectativas con el sexo y tratar de minimizar los efectos de la ansiedad durante el desempeño. Para esto último es recomendable evitar

el coito por un período limitado y favorecer una atmósfera libre de tensión y miedo, promover el desarrollo de prácticas sexuales no coitales. Cuando la causa de la DSE es predominantemente psicógena, debe tratarse el trastorno específico; si no hay buena respuesta terapéutica o se quiere acelerar el proceso se puede asociar tratamiento farmacológico con drogas por vía oral, sublingual, transuretral, intracavernosa y/o tópica. (5)

**TABLA 3. Conocimiento sobre la clasificación y la posible causa de la disfunción sexual eréctil**

Clasificación y causa	Nº	%
Conoce la clasificación y la causa	22	24,2
<u>Orgánica</u>	18	19,8
- Prostatectomía radical	11	12,1
- Diabetes mellitus	3	3,3
- Hipertensión arterial	2	2,2
- Enfermedad de Peyronie	2	2,2
<u>Psicógena</u>	2	2,2
- Depresión severa	2	2,2
<u>Mixta</u>	2	2,2
- HTA + Depresión severa	2	2,2

De forma general se debe: establecer el seguimiento del paciente por un equipo multidisciplinario, con participación activa de la especialidad de Psicología; insistir en las medidas generales de tratamiento ante una DSE y retornar la entrega de las recetas mensualmente a los especialistas de Urología, teniendo en cuenta que es una enfermedad que le compete a su especialidad y no a Medicina Interna.

En la **tabla 4** se asocian las comorbilidades. La hipertensión arterial unida a la diabetes mellitus tipo 2 fue el antecedente más referido por los pacientes.

Puede coexistir más de una enfermedad en un mismo paciente. En investigaciones revisadas se ha observado que se presentan muchas enfermedades comunes, capaces de causar problemas en la erección, tales como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la aterosclerosis con sus correspondientes formas de manifestación como accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio, claudicación intermitente e, incluso, disfunción sexual. Muchas enfermedades crónicas aumentan su prevalencia con la edad, como es el caso de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, de las que se reportan cifras en algunas series en personas mayores de 65 años, de 60-77 % para la primera y de 7,8 % para la segunda. De esta forma, muchos adultos mayores frágiles son hipertensos o diabéticos, o las dos cosas. (17) Las principales condiciones asociadas en otro estudio resultaron ser

la hipertensión arterial en el 79,4 % y el hábito de fumar en el 67,7 %. (18)

**TABLA 4. Comorbilidades y contraindicaciones existentes en los pacientes con disfunción sexual eréctil**

Comorbilidades y contraindicaciones	Nº	%
DM + HTA	21	23,1
HTA aislada	17	18,7
Diabetes aislada	9	9,9
Gastropatías crónicas	9	9,9
Dislipidemia	8	8,8
Insuficiencia arterial	8	8,8
EPOC	5	5,5
Cardiopatía isquémica	4	4,4
Uso de dinitrato de isosorbide	4	4,4
Sin comorbilidades	19	20,9

Según Romero y Licea, la diabetes está asociada en el 50 % de los hombres, en un rango de 28-59 % en los diez años siguientes al diagnóstico conforme a la edad y gravedad de ese problema metabólico, el

cual se produce en el 9 % de los diabéticos entre 20-29 años y en el 95 % de ellos, cuando se llega a los 70. Estas diferencias con la población en general tienen que ver con el envejecimiento, mal control metabólico y mayor tiempo de evolución de la enfermedad, agravados por el hábito de fumar, el consumo de bebidas alcohólicas, el uso de algunos fármacos y la microangiopatía, propia de la diabetes mellitus. (3) En otro estudio revisado, el 39,4 % de los diabéticos presentaron indicios evidentes de impotencia orgánica. (19)

El mecanismo fisiológico de la erección del pene implica la liberación de óxido nítrico en los cuerpos cavernosos durante la estimulación sexual. El óxido nítrico activa la enzima guanilato ciclasa, la cual, a su vez, incrementa los niveles de guanosina monofosfato cíclico (GMPc), produciendo la relajación del músculo liso en los cuerpos cavernosos y permitiendo mayor afluencia de sangre. El Sildenafil aumenta el efecto del óxido nítrico inhibiendo la fosfodiesterasa 5 (PDE5), la cual es responsable de la degradación del GMPc en los cuerpos cavernosos. Esta inhibición selectiva permite que los niveles de GMPc se eleven, favoreciendo la relajación completa del músculo liso de los cuerpos cavernosos, es decir, el fármaco restaura la respuesta normal de los tejidos del pene ante la producción de óxido nítrico, secundaria al estímulo sexual y, por lo tanto, carece de efecto, si no se produce dicha estimulación. (20) Por su efecto conocido sobre la vía del óxido nítrico/guanosina monofosfato cíclica (ON/GMPc), el citrato de Sildenafil está formalmente contraindicado en aquellos pacientes que toman fármacos que aportan ON o cualquier forma de nitratos, ya que potencian peligrosamente los efectos vasodilatadores de los nitratos, puede ocasionar hipotensión severa y muerte súbita. (21)

Se deben adoptar precauciones, cuando se recoge el antecedente de infarto agudo de miocardio o angina de pecho, principales formas de manifestarse la cardiopatía isquémica. La actividad sexual constituye un potencial de riesgo cardíaco en pacientes con antecedentes de alteraciones cardiovasculares, por lo cual los tratamientos para la disfunción eréctil, incluyendo el sildenafil, generalmente no deben ser usados en hombres cuya actividad sexual resulta impredecible por causa de su estado cardiovascular. El Sildenafil en voluntarios sanos tiene propiedades vasodilatadoras sistémicas; antes de prescribirlo, el médico deberá evaluar cuidadosamente el estado cardiovascular del paciente, considerando la existencia de algún desorden que pudiera ser agravado por estos efectos vasodilatadores, especialmente en combinación con la actividad sexual. (22)

En la **tabla 5** se recogen las interacciones medicamentosas. Los fármacos más frecuentemente consumidos resultaron el enalapril, la cimetidina y el amlodipino.

**TABLA 5. Posibles interacciones medicamentosas en los pacientes con disfunción sexual eréctil**

Interacciones	Nº	%
Enalapril	18	33,9
Cimetidina	12	22,6
Amlodipina	11	20,8
Hidróxido de aluminio	8	15,1
Atenolol	6	11,3
Salbutamol	4	7,6
Pentoxifilina	4	7,6
Prednisona	3	5,7
Aminofilina	2	3,8
Eritromicina	2	3,8
Ketoconazol	1	1,9

Nota: Pueden presentarse dos o más interacciones en un mismo paciente

En un estudio realizado en el adulto mayor atendido ambulatoriamente el 83,1 % recibía algún tipo de medicamento, siendo los grupos más frecuentes: antihipertensivos en el 51,1 %, analgésicos en el 28,4 % y antitrombóticos en el 25,2 %. (23)

Los únicos cambios en el efecto de los IECA asociados al envejecimiento apuntan hacia los efectos secundarios, destacando que en los adultos mayores la incidencia de ortostatismo es más marcada, pero las cefaleas son mucho menos frecuentes que en personas más jóvenes. (24) La cimetidina aumenta las concentraciones del Sildenafil. (21)

Los adultos mayores poseen mayor sensibilidad a los antagonistas de canales de calcio tipo dihidropiridinas y, por lo tanto, tienen un efecto mayor; sin embargo, este efecto es inicial, pasajero y se presenta sólo en pacientes que no hayan recibido otras dihidropiridinas. Del grupo, al parecer el amlodipino no presentaría diferencias en estos pacientes respecto a los pacientes más jóvenes, sin embargo, es muy importante que, una vez iniciado el tratamiento con este tipo de medicamentos, se monitoricen eventos adversos en forma periódica, sobre todo en los primeros tres meses de iniciado el fármaco. (25)

## CONCLUSIONES

Predominó el grupo de 70-79 años de edad. Se detectaron deficiencias en el uso de los componentes a evaluar para llegar al diagnóstico, con una historia clínica breve, inadecuado examen físico y sin referencia a la historia sexual, ni historia psicosocial, con pocas indicaciones de exámenes de laboratorio.

Se desconoce la clasificación y no se evalúa la posible causa. La hipertensión arterial, unida a la diabetes mellitus tipo 2, fue el antecedente más referido por los pacientes. La contraindicación más

reportada fue el consumo de dinitrato de isosorbide. El enalapril, la cimetidina y el amlodipino fueron los fármacos más utilizados, que provocan interacciones medicamentosas con el Sildenafil.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. González Carmona EG, Lorenzo García O, Paz Pérez Y. Cáncer de próstata y sexualidad. Acta Médica del Centro [revista en internet]. 2012 [citado 29 de octubre 2015]; 6(2). Disponible en: [http://www.acta medica.sld.cu/r2\\_12/prostata.htm](http://www.acta medica.sld.cu/r2_12/prostata.htm).
2. Rodríguez Castiñeira R, Jiménez-morales RM, Cordero Montes R, Brunet Gómez D, Macías Delgado Y. Conducta sexual en hombres con lesión medular traumática. Gac Méd Espirit [revista en internet]. 2014, Abr [citado 29 de octubre 2015]; 16(1): 12-19. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212014000100003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000100003&lng=es).
3. Romero Mestre JC, Licea Puig ME. Disfunción sexual eréctil en la diabetes mellitus. Rev Cubana Endocrinol [revista en internet]. 2000 [citado 29 de octubre 2015]; 11(2): 105-20. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol14\\_2\\_03/end07203.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol14_2_03/end07203.htm).
4. de Dios Blanco E, Pérez N, Batista A. Alcohol contra sexualidad. Aspectos biológicos y psicosociales en el consumo agudo, a largo plazo y prenatal. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [revista en internet]. 2011 [citado 29 de octubre 2015]; 8(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0111/hph10111.html>.
5. Sell Lluveras JL, Padrón Durán RS. Disfunción sexual eréctil. Rev Cubana Endocrinol [revista en internet]. 2001 [citado 29 de octubre 2015]; 12(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532001000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532001000200007&lng=es).
6. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Silva Jiménez E, Sanchoyerto López R, Cervantes Ramos MC. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panorama Cuba y Salud [revista en internet]. 2014 [citado 29 de octubre 2015]; 9(1): 35-41. Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/6>.
7. Bell Badell IM, Fernández Manzano E, Travieso Rivero G, Milanés Rodríguez O, Lam García MM, Fonseca Ponce EE. Prescripción de neurolépticos en hogares de ancianos de La Habana, Cuba. Panorama Cuba y Salud [revista en internet]. 2013 [citado 29 de octubre 2015]; 8(1): 21-27. Disponible en: <http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/panorama/article/view/35>.
8. Más P. Addressing Cuba's aging population: why epimapping needs to go local. MEDICC Review [revista en internet]. 2011 [citado 29 de octubre 2015]; 13(1): 1 Disponible en: [http://www.medicc.org/medicc\\_review/index.php?issue=15&id=186&a=vahtml](http://www.medicc.org/medicc_review/index.php?issue=15&id=186&a=vahtml).
9. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico. 2014.
10. Glina S, Puech-Leao P, Dos Reis JM, Pagani E, Becher E, Sotomayor M. Disfunción sexual masculina: conceptos básicos, diagnóstico y tratamiento. São Paulo: Instituto "H. Ellis"; 2004.
11. Colectivo de autores. Guía Terapéutica para la Atención Primaria de Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 187-189.
12. Mondéjar Barrios MD, Rodríguez Montes de Oca L, Blanco Castellanos A. Influencia del tabaquismo en la función sexual masculina. MEDICIEGO [revista en internet]. 2012 [citado 29 de octubre 2015]; 18 (No. Esp.). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol\\_18noespc\\_2012/pdf/T21.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noespc_2012/pdf/T21.pdf).
13. Cortés N, Alma R, Villarreal R E, Galicia R L, Martínez G L, Vargas D, Emma R. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev. méd. Chile [revista en internet]. 2011 [citado 29 de octubre 2015]; 139(6): 725-31. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-98872011000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872011000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=en).
14. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Leyva Salermo B, Hierrezuelo S. Valoración geriátrica integral como componente básico en la aplicación del método clínico en adultos mayores. GERONFO [revista en internet]. 2011 [citado 29 de octubre 2015]; 6(2). Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/>.
15. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia en la anamnesis. Medisur [revista en internet]. 2010 [citado 29 de octubre 2015]; 8(5). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1314/353>.
16. García Gutiérrez E, Aldana Vilas L, Lima Mompó G, Espinosa Riverón MR, Castillo Castillo C, Felinciano Álvarez V. Disfunción sexual masculina y estrés. Rev Cubana Med Milit [revista en internet]. 2005 [citado 29 de octubre 2015]; 34(1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol34\\_1\\_05/mil05105.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol34_1_05/mil05105.htm).

17. Romero Cabrera AJ. Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores. Med Int Mex [revista en internet]. 2011 [citado 29 de octubre 2015]; 27(5): 455-462. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2011/mim115g.pdf>.
18. Suárez Lescay C. Índice de pene brazo en el diagnóstico de la disfunción sexual eréctil. MEDISAN [revista en internet]. 2011 [citado 29 de octubre 2015]; 15(10): 1361-1368. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001000004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000004&lng=es).
19. Quesada Vázquez AJ. Trastornos del funcionamiento sexual en pacientes diabéticos. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en internet]. 2002 [citado 29 de octubre 2015]; 18(4): 257-259. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400005&lng=es).
20. Halit Baykan MD, Irfan Ozyazgan MD, Caferi Tayyar Selçuk MD, Mehmet Altiparmak MD, Mehmet Özköse MD, Kemal Özyurt MD. Effect of sildenafil citrate in nicotine-induced ischemia: An experimental study using a rat model. Can J Plast Surg [revista en internet]. 2013 [citado 29 de octubre 2015]; 21(4): 217-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3910519/>.
21. Ministerio de Salud Pública. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Formulario Nacional de Medicamentos. 3ra Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. p. 751-2.
22. Laboratorios NOVATEC. Sildenafil-50, tabletas revestidas. Rev Cubana Farm [revista en internet]. 2010 [citado 29 de octubre 2015]; 44(1): 133-138. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152010000100016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152010000100016&lng=es).
23. Casas P, Várela L, Tello T, Ortiz P, Chavez H. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. Rev Med Hered [revista en internet]. 2012 [citado 29 de octubre 2015]; 23(4): 229-234. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2012000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2012000400003&script=sci_arttext).
24. Mulrow C, Lau J, Cornell J, Brand M. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software; 2008.
25. Bowie M, Sallatum P. Pharmacodynamics in older adults: a review. Am J Geriatr Pharmacother [revista en internet]. 2007 [citado 29 de octubre 2015]; 5(3): 263-303. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17996666>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.