



CENCOMED (Actas del Congreso), educienciapdcl2025, (septiembre 2025) ISSN 2415-0282

Algunas reflexiones acerca del Trastorno Eréctil en el Ictus Cerebral

Some thoughts on Erectile Disorder in Cerebral Stroke

Dra. Idelisa Maydole Morgado Orozco ¹ <https://orcid.org/0009-0009-6319-8935>

Lic. Lidia Rosa Guerra Pérez ² <https://orcid.org/0000-0001-6860-604X>

Lic. Yenimir González Chaviano ³ <https://orcid.org/0009-0003-7387-8973>

MsC. Noemí Coello Pérez ⁴ <https://orcid.org/0009-0005-3557-982X>

MsC. Félix Rafael Wert Téllez ⁵ <https://orcid.org/0009-0007-1369-3116>

Est. Adrian Emilio Quintero González ⁶ <https://orcid.org/0009-0007-3544-6810>

Dra. Gretel Garrido Valdés ⁷ <https://orcid.org/0009-0009-6841-4166>

¹Dra. Especialista. 1^{er} Grado Medicina General Integral (MGI), Medicina Física Rehabilitación (MFR). Máster en Sexología Clínica Comunitaria. Policlínico Olivos Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Asistente. idelisamaydolemorgadoorzco@gmail.com

²Licenciada en Psicología. Máster en Sexología Clínica Comunitaria. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Faustino Pérez Hernández”. Universidad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Asistente. lidyarosa@infomed.sld.cu

³Licenciada en Psicología. Policlínico Olivos Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Asistente. yenimirgonzalezchaviano@gmail.com

⁴Licenciada en Psicología. Máster en Sexología Clínica Comunitaria. Máster en Sexualidad. Sexóloga Clínica. Policlínico los Olivos Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Auxiliar. noemicoello346@gmail.com

⁵Licenciado en Psicología. Máster en Sexualidad. Sexólogo Clínica. Policlínico los Olivos Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Auxiliar. fwert.ssp@infomed.sld.cu

⁶Estudiante de 3er año de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Faustino Pérez Hernández”. Universidad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus, Cuba. adriangm@infomed.sld.cu

⁷Especialista. 1^{er} Grado en Medicina Interna. Policlínico “Dr. Rudercindo García del Rijo” Sancti Spíritus, Cuba. Profesor Asistente. gretelgarrido47@gmail.com

I RESUMEN

Introducción: el Trastorno Eréctil (TE) es una patología que afecta a millones de varones en el mundo, lo cual es frecuente en los pacientes con Ictus Cerebral (IC). Las evidencias científicas en relación al tema son

escasas en Cuba y no se considera el Trastorno Eréctil como comorbilidad en el Ictus Cerebral en la Atención Primaria de Salud; lo cual se toma como problema de la presente investigación. **Objetivo:** realizar algunas reflexiones acerca del Trastorno Eréctil en el Ictus Cerebral. **Método:** El estudio constituye una revisión actualizada de la literatura científica respecto al Trastorno Eréctil en el Ictus Cerebral. **Resultados:** La revisión actualizada de la literatura científica permitió reflexionar respecto al Trastorno Eréctil como difusión sexual, el cual tiene una alta prevalencia y se asocia a Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) entre ellas el Ictus Cerebral. Los pacientes que han sufrido un Ictus Cerebral suelen experimentar declinamiento de la función sexual debido a múltiples factores: déficit neurológico, condiciones comórbidas, entre otros; aunque muchas veces el Trastorno Eréctil puede ser predictor del Ictus Cerebral. En los pacientes con Trastorno Eréctil en el Ictus Cerebral hay una alta frecuencia de causas mixtas. Su temprano diagnóstico permite un favorable tratamiento y así una mejor calidad de vida de estos pacientes. **Conclusiones:** El Trastorno Eréctil es una manifestación común en el Ictus Cerebral que es necesario incluir como comorbilidad al tratar esta Enfermedades Crónicas no Transmisibles en la Atención Primaria de Salud.

Palabras Claves: Trastorno Eréctil, Ictus Cerebral.

I ABSTRACT

Introduction: Erectile Disorder (ED) is a pathology that affects millions of men worldwide, and is common in patients with Cerebral Stroke (CS). Scientific evidence on the subject is scarce in Cuba, and Erectile Dysfunction is not considered a comorbidity in Cerebral Stroke in Primary Health Care; this is taken as the problem of this research. **Objective:** to make some reflections on Erectile Disorder in Cerebral Stroke. **Method:** this study constitutes an updated review of the scientific literature regarding Erectile Disorder in Cerebral Stroke. **Results:** the updated review of the scientific literature allowed for reflection on Erectile Disorder as a sexual diffusion, which has a high prevalence and is associated with chronic non-communicable diseases (NCDS), including Cerebral Stroke. Patients who have suffered a Cerebral Stroke often experience a decline in sexual function due to multiple factors: neurological deficits, comorbid conditions, among others; although Erectile Disorder can often be a predictor of Cerebral Stroke. In patients with Cerebral Stroke, Erectile Disorder is highly prevalent due to mixed causes. Early diagnosis allows for favorable treatment and, thus, a better quality of life for these patients. **Conclusions:** Erectile Disorder is a common manifestation in Cerebral Stroke that must be included as a comorbidity when treating this chronic non-communicable disease in primary health care.

Key Words: Erectile Disorder, Cerebral Stroke.

II INTRODUCCIÓN

Al considerar el proceso salud enfermedad, el cuidado de la vida sexual debe integrarse efectivamente en el cuidado de la salud. La sexología como ciencia incluye la salud sexual del ser humano y su sexualidad. ^(1, 2)

La sexología aborda la sexualidad como dimensión vital del ser humano, es una ciencia dinámica e integradora, que brinda herramientas para mejorar las prácticas sexuales y la salud sexual, se encarga en la

clínica de problemáticas sexuales como las disfunciones y de la prevención de los problemas sexuales tanto físicos, como vasculares o derivados de problemas psicológicos y sociales (abuso, violación). ^(1, 3)

En la sexualidad influyen factores biológicos, psicológicos y sociales, como la formación de la identidad sexual, los roles femenino y masculino que se adoptan, la orientación sexual, las formas de expresión y conductas sexuales. ^(4, 5)

Al ahondar en la sexualidad y la sexología ha de considerarse la salud sexual como el derecho de las personas a tener mayor bienestar físico, mental y social en relación a la sexualidad. Para que las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales. ^(1, 4)

Una razón para que se afecte la salud sexual de los hombres son las disfunciones sexuales, que engloban diversos trastornos e incapacitan a la persona para poder acometer de forma adecuada una relación sexual. Pero no se debe ignorar la significativa influencia de estos trastornos en la propia enfermedad. ⁽⁶⁾

La disfunción sexual (DS) es la alteración persistente o recurrente de cualquiera de las fases del ciclo de la respuesta sexual humana (RSH) que interfiere en su adecuada realización y gratificación, debido a factores orgánicos, psicológicos o de ambos, incluyendo las causadas por el dolor y los efectos adversos de fármacos. ⁽⁵⁾

Dentro de las disfunciones sexuales, el Trastorno Eréctil (TE) según la nueva clasificación (DSM5), es la patología que afecta un gran porcentaje de los hombres, no sólo constituye un síntoma asociado sino que es también una enfermedad subyacente, dificulta la expresión de la incapacidad de dar respuesta al modelo de sexualidad “normal” para los varones, que se basa en un ejercicio de la misma a partir del coito con erección, penetración, eyaculación, y orgasmo masculino. ⁽⁷⁾

El Trastorno Eréctil tiene una alta prevalencia y afecta principalmente a la población adulta mayor de 40 años. Los factores que se asocian a él son las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) y dentro de ellas el Ictus Cerebral (IC), depresión, trastornos urológicos, hábitos tóxicos: (tabaco, alcohol, drogas), estrés, sedentarismo y fármacos: (antihipertensivos, diuréticos, digitálicos, psicofármacos, etc.). ⁽⁸⁾

Los pacientes que han sufrido un Ictus Cerebral suelen experimentar declinamiento de la función sexual debido a múltiples factores: déficit neurológico, condiciones comórbidas (ejemplo diabetes mellitus) y utilización de diversos fármacos (ej. beta-bloqueantes, entre otros). En aquellos con lesiones derechas, predominan los trastornos de la eyaculación, mientras que, en las izquierdas los involucrados con el deseo sexual. En muchas ocasiones, los pacientes piensan que la actividad sexual está contraindicada luego de un Ictus Cerebral. ⁽⁹⁻¹¹⁾

Según el Dr. Ron Blanqueasteis, el TE puede desarrollarse años antes de que los hombres tengan signos o síntomas de eventos cardiovasculares. ⁽¹²⁾

Se estima, que en el mundo el Trastorno Eréctil afecta entre 100-150 millones de hombres y se espera para este año 2025 un incremento de 322 millones. ⁽¹³⁾

La prevalencia del TE a nivel mundial es muy heterogénea, por diversas causas. Los estudios de Disfunción Eréctil en el Norte de Sudamérica, revelan que más de la mitad de los hombres mayores de 40 años de edad en Venezuela, Colombia y Ecuador sufre algún grado de alteración en la erección. En Colombia concretamente se halla que en el rango de 40 a 75 años, el 47% tiene TE. ^(14, 15)

Aun cuando en Cuba no se han realizado grandes estudios sobre el tema, se estima que la prevalencia es similar a la del resto del mundo. Por lo cual debe considerarse un problema de salud pública, que además se va incrementado con la edad, situación que tiene mayor impacto ante el contante envejecimiento poblacional del país, no solo por frecuencia, sino también por impacto negativo en la calidad de vida de quien padece el TE y de su pareja. ⁽¹³⁾

El Ictus Cerebral (IC) es un problema mundial debido a su alta morbilidad y grado de discapacidad físico y mental. Según la OMS, las ECV ocupan el tercer lugar como causa de muerte en el mundo occidental, después de las cardiopatías y el cáncer. Cada 15 millones de personas sufren de ECV aguda, de ellas 5.5 millones mueren y otro 5.5 millones quedan con una discapacidad permanente. ⁽⁹⁻¹¹⁾

Cuba en el año 2020 reporta 8,806 casos de Ictus Cerebral en todo el país, la tasa de mortalidad del mismo es mucho menor que en otros países de la región. Las estadísticas publicadas del año 2024 en el Anuario Estadístico de Salud de Cuba son alarmantes y preocupantes en relación a la ECV, pues hubo un incremento. ⁽¹⁶⁾ El Trastorno Eréctil no se considera como comorbilidad en el Ictus Cerebral en la Atención Primaria de Salud.

La Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) promueve la salud sexual a lo largo de toda la vida y a través del mundo, mediante el desarrollo, la promoción y el apoyo de la sexología y los derechos sexuales para todos o todas. Garantizar que los ciudadanos tengan una vida sexual plena es tan prioritario como una vida saludable. Para abogar y promover la salud sexual es importante que los derechos sexuales estén ubicados dentro del contexto de los derechos humanos existentes. ^(17, 18)

En Cuba el Programa Nacional de Educación y Salud Sexual (PRONESS) tiene el objetivo de articular las estrategias relativas a la Educación Integral de la Sexualidad (EIS) a los niveles nacional, provincial, municipal y comunitario en una plataforma intersectorial, multidisciplinaria y participativa con enfoque de género y de derechos, que contribuya a una sexualidad sana, placentera, libre y responsable. ⁽¹⁹⁾

Las condiciones anteriormente expuestas se toman como problema de la presente investigación y se desarrolla una revisión actualizada de la literatura científica con el objetivo de realizar algunas reflexiones acerca del Trastorno Eréctil en el Ictus Cerebral.

III MÉTODOS

Este estudio constituye una revisión actualizada de la literatura científica respecto al Trastorno Eréctil en el Ictus Cerebral.

La estrategia de búsqueda se realizó a través de Google Scholar, la Academia Educación, Scielo ERIC y la Biblioteca Virtual de Salud en Cuba, lo que nos propició información de varias revistas científicas.

IV RESULTADOS

Las disfunciones sexuales masculinas son síndromes clínicos que afectan la experiencia erótica del hombre y de la pareja, la capacidad de disfrutar las relaciones sexuales, interfieren en la relación de pareja y aquejan su calidad de vida; se manifiestan por persistencia o recurrencia. ⁽⁶⁾ Entre ellas está el Trastorno Eréctil.

Ha de abordarse que el Trastorno Eréctil según la clasificación internacional ha evolucionado en su denominación, en la literatura antes de 1994 se le conocía como impotencia sexual. A partir de este año los clasificadores internacionales, entre ellos el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) incluyen la clasificación de los Trastornos sexuales y de la identidad sexual como entidades sociológicas y se reconoce a esta patología como difusión eréctil, y por último el DSM-V en el 2013 lo denomina como Trastorno Eréctil. ⁽⁷⁾

Trastorno Eréctil es la incapacidad persistente y recurrente de un hombre para obtener o mantener una erección suficiente para la actividad sexual. Se suele considerar no menos de tres meses para establecer diagnóstico; en algunas ocasiones, como cuando existe traumatismo o intervención quirúrgica que puedan estar relacionados con la etiología, no hay necesidad de esperar ese tiempo. ⁽⁶⁾

Las afectaciones de las fases de la Respuesta Sexual Humana en el TE más frecuentes son la falta de interés por el sexo, incapacidad de tener orgasmo, orgasmo demasiado rápido, sexo no placentero, ansiedad de desempeño, problema para obtener o mantener la erección. ⁽⁶⁾ Epidemiología: la prevalencia del DE está asociada con la edad, estudios realizados en varones mayores de 40 años indican un 50%; y en varones más jóvenes, la prevalencia suele ser menor, dependiendo del estudio está entre el 5 y el 20%. ⁽⁶⁾

Se estima en Estados Unidos unos 30 millones de varones afectados con el TE y en España, según estudio de EDEM (“Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina”), unos 2 millones. Su prevalencia varía del 10 al 52% en varones de 40 a 70 años, e inciden en occidente 25-30 casos nuevos por 1000 habitantes al año. (58) El 80% de los pacientes que padecen de TE tienen etiología orgánica, siendo la causa vascular la más frecuente. Hay otras causas como las neurológicas, hormonales, inducidas por fármacos y por alteraciones del pene que forman parte de la etiología orgánica. El 20% del TE tienen una causa psicógena. ^(6, 20)

Se clasifica en dependencia de la etiología, el grado de intensidad, el momento de inicio y el contexto de aparición del Trastorno Eréctil: ^(20, 21)

Según etiología: Orgánica o biogénica: se estima una incidencia del 25 % (anomalías o lesiones vasculares, neurológicas, hormonales, cavernosas), psicogénica: se estima una incidencia del 25 % (inhibición central del mecanismo eréctil sin un daño físico), mixta: se estima una incidencia del 45 % (combinación de factores piogénicos y psicogénicos, en los que se encuentra la mayoría de los casos) y desconocida: se estima una incidencia del 5 % (pocos casos inexplicable).

Además, se señala que dentro de las causas orgánicas de TE, 40% de origen vascular, 30% en diabéticos, 15% de medicamentos, 10% por causas neurológicas (enfermedad Alzheimer, lesión o trauma de la médula espinal, traumas o cirugías de pelvis, neuropatía diabética, esclerosis múltiples), 6% radiación y cirugía (recto, próstata y vejiga), o trauma pélvico, 3% trastornos endocrinos y 1% otras causas. En la mayoría de los pacientes con TE se encuentran causas mixtas, independientemente que predominan uno que otro factor; por eso preferimos llamarle TE psicogénico o biogénico, mixto y desconocido. ⁽²⁰⁾

Según grado de intensidad: TE mínimo o ligero: (usualmente logra y mantiene la erección), TE moderado: (ocasionalmente logra o mantiene la erección) y TE completo o severo: (nunca logra la erección). Según el momento de inicio: primaria: (toda la vida, del inicio actividad sexual) y secundaria: (adquirida, después de un periodo de actividad sexual normal). Según el contexto: general: (la DE no se limita a ciertas estimulaciones, situaciones o compañeros) y situacional: (la DE se limita a ciertas clases de estimulaciones, situaciones o compañeros). ⁽²⁰⁾

Fisiopatología de la erección: la erección es una respuesta fisiológica en la que participan estructuras neurológicas, vasculares, endocrinas e interacciones psicológicas. Puede ser de diferente naturaleza según el órgano o sistema implicado. Se inician mediante estímulos sensoriales que se generan en los órganos genitales y/o de los estímulos psicógenos, visuales, auditivos y táctiles, entre otros que se trasladan hacia el cerebro a través de las vías nerviosas. ^(20, 21)

Factores de riesgo asociados con el TE: ^(20, 21)

- ✓ Edad: el envejecimiento mayor factor de riesgo para un TE de etiología orgánica.
- ✓ Enfermedades como las cardiovasculares, hipertensión arterial y diabetes mellitus.
- ✓ Tabaquismo: se estima el 40% de los hombres que fuman con Disfunción Eréctil.
- ✓ Híper e hipotiroidismo.
- ✓ Aterosclerosis en mayores de cincuenta años.
- ✓ Enfermedad de Peyronie: por factores psicológicos o por infiltración de las venas emisoras por la placa fibrosa que afecta el mecanismo veno-oclusivo.
- ✓ Colesterol elevado/dislipidemias.
- ✓ Insuficiencia renal crónica o hepática.
- ✓ Hiperplasia prostática/prostatitis crónica.
- ✓ Obesidad.
- ✓ El alcoholismo y otras formas de abuso de sustancias.
- ✓ Los tratamientos para el cáncer de próstata o el agrandamiento de próstata.
- ✓ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- ✓ Cirugías o lesiones que afectan a la zona la pelvis o de la médula espinal: fractura de pelvis, ruptura uretral, traumas peneanos.
- ✓ Testosterona baja/ hipogonadismo/ hiperprolactinemia.
- ✓ Trastornos psiquiátricos: depresión severa alta prevalencia, ansiedad, estrés, problemas de parejas, percepción de una mala imagen del cuerpo, episodios sexuales traumáticos, trastornos alimentarios: (anorexia, bulimia).
- ✓ Neurológicas: infarto cerebral, neo cerebral o medular, enfermedad alzheimer, lesión o enfermedad medular, neuropatía periférica, esclerosis múltiple, enfermedad de parkinson, lesión del nervio pudendo, epilepsia, síndrome guillen barre, síndrome apnea del sueño, compresión medular por hernia discal.
- ✓ Fármacos: como diuréticos, betabloqueantes, etc. ejercen efectos más adversos sobre la RSH, los antidepresivos tanto tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) como inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) presentan repercusión sobre la RSH. Protectores gástricos como cimetidina, famotidina y omeprazol también tienen efectos adversos sobre la RSH. Los hipnóticos como los barbitúricos a dosis bajas pueden desinhibir las conductas sexuales, pero al

ser depresores de sistema nervioso central disminuyen la capacidad sexual. Las bezodiazepinas a dosis altas disminuyen la libido.

Las causas más comunes de trastornos sexuales después de los 40 años pueden asociarse a factores vasculares, degenerativos y al hipogonadismo de inicio tardío, conocido como andropausia. Los cambios no son iguales en todos los hombres; es importante conocer estos factores para poder atenuar de forma preventiva. ⁽²⁰⁾

Andropausia: síndrome clínico y biogénico asociado con el envejecimiento masculino, caracterizado por deficiencia en los niveles de andrógenos, que afectan múltiples sistemas corporales, e influyen en un serio deterioro de la calidad de vida. Incluye seis manifestaciones clínicas, que afectan la sexualidad del hombre: ⁽²⁰⁾

- ✓ Libido disminuida y alteraciones de la erección, especialmente las nocturnas.
- ✓ Cambios del humor y funciones cognitivas, concomitan con disminución de la capacidad intelectual, habilidad en la orientación espacial, depresión y ansiedad.
- ✓ Disminución en la masa magra corporal y de la fuerza muscular y masa muscular.
- ✓ Disminución vello corporal y alteraciones de la piel.
- ✓ Disminuye la densidad mineral ósea, que favorece la osteopenia y osteoporosis.
- ✓ Aumento de la grasa visceral.

El envejecimiento masculino puede disminuir niveles de testosterona, la sensibilidad del pene, la rigidez peneana en duración y frecuencia, las erecciones nocturnas; así como la frecuencia de las relaciones sexuales. Con frecuencia ocurren períodos prolongados de abstinencia sexual y al intentar reanudar su vida sexual, muchas veces no logran erecciones de calidad por una fibrosis del tejido cavernoso. ⁽²⁰⁾

Con la edad, disminuye el deseo, la intensidad del orgasmo, el volumen de eyaculado, la capacidad e erecciones espontáneas por fantasías sexuales, siendo necesaria una estimulación genital más directa. La sexualidad dependerá también de factores constitucionales, genéticos culturales, psicológicos, de pareja entre otros. ⁽²⁰⁾ Todo estas circunstancias que afectan la salud sexual durante la etapa de envejecimiento masculino inciden directamente en la aparición y evolución de TE.

En el Trastorno Eréctil la evaluación diagnóstica y la aplicación de un tratamiento efectivo y adecuado a cada paciente es importante para propiciar un seguimiento y evolución satisfactoria del mismo. Todo TE se compone de un factor psicológico, otro orgánico e incluso mixto. Y estos aspectos deben ser tratados con igual importancia. El tratamiento psicológico se compone de técnicas de psicoterapia, terapia sexual y terapia de pareja, con las variaciones propias para cada paciente. El tratamiento orgánico o farmacológico será específico para cada individuo. ⁽⁶⁾

Según OMS: accidente cerebrovascular, inicio rápido de síntomas clínicos de disfunción cerebral focal o global, que dura más de 24 horas o que lleva a la muerte, sin otra causa aparente que una lesión vascular. Dicha alteración encefálica, secundaria a la alteración de los vasos que irrigan el cerebro, puede ser hemorrágica o isquémica. En España, se le llama “ataque cerebral”. La sociedad española de neurología recomienda el uso del término Ictus, para referirse a la isquemia cerebral y a la hemorragia intracerebral o la subaracnoidea. ⁽¹¹⁾

Un Ictus Cerebral entre las ECV es un síndrome, una condición clínica producida por un deterioro brusco de una función cerebral focal; a su vez se debe a una alteración en los vasos cerebrales, que puede ser por ruptura de un vaso cerebral con extravasación de sangre (Ictus Hemorrágico) o por oclusión vascular al faltar aporte sanguíneo en una parte del cerebro (Ictus Isquémico), en este caso por trombosis, embolismos, disminución del flujo sanguíneo, enfermedades de los vasos cerebrales (arteriales o venosos), del corazón o de la sangre. ^(1, 22)

El Ictus es un problema de salud pública de primer orden. Se considera que es la tercera causa más frecuente de muerte en el mundo (tras la cardiopatía isquémica), y la primera causa de muerte en España en las mujeres. A pesar de ser una enfermedad de personas mayores, es el quinto trastorno que más frecuentemente causa años de vida perdidos, uno de los principales responsables de discapacidad en el adulto y el origen del consumo de grandes recursos sanitarios y sociales. ^(11, 23)

En el Ictus Cerebral existen factores de riesgos modificables y no modificables. Los modificables: hipertensión arterial, diabetes mellitus, consumo tóxico (tabaco, alcohol, otras drogas), sedentarismo, obesidad, dieta inadecuada, hiperlipidemia, estilo de vida, síndrome metabólico, cardiopatías (isquémica/embolígena), entre otros. Los no modificables: edad, sexo, historia familiar y otros factores como vasculares. ^(24, 25)

La prevalencia e impacto del TE en el mundo después de un Ictus Cerebral es frecuente, constituye un problema de salud creciente y de gran relevancia, que afecta la salud sexual de millones de varones, lo demuestran estudios realizados en Europa, EEUU, África, China, Medio Oriente y el Suroeste de Nigeria. ⁽²⁶⁾

En los últimos años, la asociación entre el TE y el IC ha ganado gran interés por su alta incidencia. Aunque algunos resultados son dispares en su prevalencia, han una presencia no despreciable del TE en el IC (media de 20- 75%). El TE es la disfunción Sexual más frecuente en las Enfermedades Cerebro Vasculares (ECV). En Cuba se no registra el TE en estas enfermedades. ^(16, 26)

El Trastorno Eréctil es una condición médica frecuente en la práctica clínica. Las últimas investigaciones realizadas al respecto sugieren que en muchas ocasiones es posible que exista una afección médica no diagnosticada, cuyo primer síntoma de alarma es la Disfunción Eréctil. Estudiosos del tema expresan que el TE podría considerarse un síntoma centinela, predictor de las afecciones que afectan la salud de estos individuos. ⁽²⁰⁾

Sin embargo la dispensarización de la Atención Primaria de Salud en Cuba no evidencia al TE como comorbilidad en IC. ⁽¹⁶⁾

Resulta una necesidad en Cuba profundizar científicamente en cuanto a la relación entre TE y el IC y ahondar la posible condición predictora del TE en las diferentes Enfermedades Crónicas no Transmisibles entre ellas la Cerebrovasculares, que incluyen el IC.

V CONCLUSIONES

El Trastorno Eréctil tiene gran incidencia en los hombres, y aún más en los que sufren Ictus Cerebral, en Cuba no se dispensariza como enfermedad y existen escasas evidencias científicas en relación al tema.

El Trastorno Eréctil es una manifestación común en el Ictus Cerebral y es necesario incluirlo como comorbilidad al tratar estas Enfermedades Crónicas no Transmisibles en la Atención Primaria de Salud.

VI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pascual M. García Hernández. Disfunciones Sexuales y Cardiopatías. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Madrid: Ushuaia Ediciones, S.C.P. 2019. [citado 05 Dic. 2024]. Disponible: Conesainfo@ushuaiaediciones.es www.ushuaiaediciones.es
2. Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual y reproductiva [en línea]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2024. 3p. [citado: 08 Jul. 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org>temas>saludsexual-reproductiva>
3. Rubio Auriol E. La salud sexual como parte integral de la salud. En: Lo que todo clínico debe saber de Sexología. México: Edición y Farmacia SA de CV; 2014. p. 1-10. [citado: 08 Jul. 2024]. Disponible en: <https://biblioteca.unipac.edu.mx/wp-content/uploads/2017/06/Lo-que-todo-clinico.pdf>
4. Rubio Auriol E. Psicoterapia Sexual. En: Sexualidad Humana. México: El Manual Moderno, S.A. de C.V; 2008. p. 443-464. [citado: 08 Jul. 2024]. Disponible en: <https://biblioteca.unipac.edu.mx/wp-content/uploads/2017/06/Sexualidad-Humana.pdf>
5. World Health Organization Technical Report Series No. 572. Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals. Report of a WHO Meeting. World Health Organization. Geneva, 1975. [citado: 12 Jul. 2024].
6. Rubio Auriol E. Disfunciones sexuales del hombre. En: Lo que todo clínico debe saber de Sexología. México: Edición y Farmacia SA de CV; 2014. p. 49-82. [citado: 08 Jul. 2024]. Disponible en: <https://biblioteca.unipac.edu.mx/wp-content/uploads/2017/06/Lo-que-todo-clinico.pdf>
7. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [internet]. Arlington, American Psychiatric Publishing. 2014. p. 417. [consultado 6 agosto 2024].Disponible en: [https://www.psych.org/dsm-5/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales/9620\(1\).pdf](https://www.psych.org/dsm-5/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales/9620(1).pdf)
8. Fernández K. Disfunción sexual en el anciano. Centro provincial de promoción y Educación para la Salud. Santiago de Cuba. 2014. [citado: 14 Jul. 2024].
9. López Pousa S, Vilalta J, Llinas J. efectividad Rev Neurol 1995; 23(123):1074-80.
10. Caicoya M, Blazquez B, Corrales C, Cuello R, Lasheras C, Rodríguez T. Incidencia del accidente cerebrovascular en Asturias: 1990-1991. Rev Neurol 1996; 24:806-11.[citado: 08 Jul. 2024].
11. Marrugat J, Arboix A, García Eroles L, Salas T, Vila J, Castell C. Estimación de la incidencia poblacional y la mortalidad de la enfermedad cerebrovascular establecida isquémica y hemorrágica en 2002. Rev. Esp. Cardiol. 2007; 60(6):573-580. [citado: 29 Jul. 2024].
12. Shafer LC. Trastornos sexuales y disfunción sexual. Tratado de Psiquiatría Clínica. Massachusetts General Hospital 2017-2018 [internet]. EE.UU 2nd Edition. 2022. Cap. 36/94. p26. [consultado 6 agosto 2024]. Disponible en: <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9988427884911.pdf>
13. Abreu Hernández Y, Cañizarez Gorrin Y, Barrera León D. Trastorno eréctil un reto en pacientes hipertensos. Revisión bibliográfica. III Jornada Virtual Internacional de MEDICINAFAMILIARCigodeAvila. 2024. [citado 24 May. 2023].
14. Dean RC, Lue TF. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. Urol Clin North Am. 2005; 32(4):379-395. . [citado 24 May. 2025].

15. Dirección de Servicios Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. Edición 52 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba; 2024. [citado: 14 Mar. 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-02/anuario-estadistico-salud-2023-ed-2024.pdf>
16. Matías Guiu J. La investigación en epidemiología del ictus en España. Estudios de base poblacional o utilización de aproximaciones a partir del conjunto mínimo básico de datos. Rev Esp Cardiol 2007; 60(6):563-564. [citado 24 Jun. 2024].
17. Asociación Mundial para la Salud Sexual. Salud Sexual para el Milenio [Internet]. WAS; 2008. [citado 19 Jul. 2023]. Disponible en: <https://www2.uned.es/psicologiaabierta/socios/sexexclusiva/materiales/docs/11.pdf>
18. Fondo de Población Naciones Unidas. Derechos sexuales y derechos reproductivos, los más humanos de los derechos [Internet]. UNFPA; 2017. [citado 19 Jul. 2023].
19. Grupo de Trabajo del PRONESS. Programa Nacional de Educación y Salud Sexual de Cuba [Internet]. En: Responsabilidad gubernamental y educación integral de la sexualidad en Cuba. La Habana: Editorial CENESEX; 2015. p. 25-35. [citado 24 Jul. 2023].
20. García Álvarez CT, Fraga Valdés R, Alfonso Rodríguez AC, Arrue Hernández MI. Salud sexual y prácticas sexológicas. La Habana: Editorial CENESEX; 2008. [citado 28 Nov. 2024].
21. Cabello Santamaría F. Atención Primaria de Salud. Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones Sexuales. Madrid. Editorial International Marketing & Communications, S.A. (IM&C) [internet]. 2021 [citado 2 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.asesme.es/journal/sexology/articles/1402832/fsor-2021-1192342/pdf>. Ministerio de 60
22. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Madrid 2009. [citado 20 Jun 2025].
23. Purroy F, Montalà N. Epidemiología del ictus en la última década: revisión sistemática. Rev Neurol 2021; 73 (9): 321-336. [citado 20 May. 2024]. Disponible en: <https://article.imrpress.com/journal/RN/73/9/10.33588/rn.7309.2021138/pdf/2639e612e240ef14d88791528e377e4b.pdf>
24. Serra M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada actual ante el reto. Revista Finlay. 2016; 6(2): 2. [citado 2 Jul 2024]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/418>
25. Díaz Duzman J, Egido Herrero JA, Fuentes B, Fernández Pérez C, Gabriel Sánchez R, Barberá G. Proyecto Ictus de Grupo de Estudios de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Rev. Neurol. 2009; 48:61-5. [citado 2 Jul 2024].
26. García Moreira A, Varela Loimil P, Rodríguez Jiménez C, Martín García MA, Blas Fernández S. Análisis de los factores de riesgo cardiovascular en el código ictus. Una aproximación en edades avanzadas. Rev. Española Salud Pública. 2023; 97(9 e202302011). [citado 11 Jun 2025]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v97/1135-5727-resp-97-e202302011.pdf>