

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**“EYACULACIÓN PRECOZ ASOCIADO A SEVERIDAD DE LA
SINTOMATOLOGÍA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DOLOR
PÉLVICO CRÓNICO – PROSTATITIS CRÓNICA IIIA/B EN UNA ENTIDAD
PRIVADA ESPECIALIZADA EN LIMA – PERÚ PERÍODO DE 2019 – 2020”**

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

NAKIRA MITZUKO CABELLO TENORIO

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

ASESOR DE TESIS:

José Antonio Grandez Urbina, Doctor en Medicina, Urólogo

LIMA, PERÚ

2020

AGRADECIMIENTO

Primeramente, quiero dar gracias a Dios, por haberme permitido llegar a este momento de mi vida, conducir y alumbrar mi camino llenándome de sabiduría, ayudándome a superar cada obstáculo y permitiéndome lograr uno de mis grandes sueños.

A mis padres Mary y Alejandro, por ser mi sostén y apoyo incondicional durante estos años de esta carrera dando todo su esfuerzo y haberme forjado como la persona que soy y motivarme a ser constante para alcanzar mis anhelos.

A mis maestros de la universidad Ricardo Palma, por su dedicación y enseñanzas.

A mi asesor y guía, el Dr. José Antonio Grandez, y Dra. Soto Eugenia por su participación en todas las etapas de la tesis, por su paciencia y compromiso en la realización de este estudio.

A ti Hugo porque aún a la distancia me apoyas en mis veladas y me das ese empujón para seguir luchando.

Gracias

DEDICATORIA

A Dios que ha estado presente a lo largo de estos años de mi carrera guiándome. A mis padres, Mary y Alejandro por su infinito amor, apoyo y comprensión.

A todas esas personas que ahora son parte de mi vida y me alientan a seguir adelante para lograr mis metas, a mi Luna desde el cielo.

RESUMEN

Antecedentes: El Dolor Pélvico Crónica es un síndrome que lleva a una afección caracterizada por molestias y dolor en el área pélvica, con o sin síntomas urinarios y sexuales originando un impacto en la calidad de vida del hombre.

Objetivo: Determinar si la eyaculación precoz está asociada a severidad a la sintomatología de dolor crónico pélvico prostatitis en una clínica privada especializada en el periodo 2019 – 2020. **Métodos:** Estudio de diseño observacional, analítico y transversal. Se empleó PEDT 5 Y NIH CPSI para

estimar la eyaculación precoz y prostatitis respectivamente. Para el análisis descriptivo, se valoró frecuencias y porcentajes a través del uso de tablas de contingencia, se realizó un análisis bivariado y univariado. Se maneja la razón de prevalencia Rp con intervalo de confianza al 95% y Prueba Exacta de Fisher para determinar la asociación de las variables. **Resultados:** La muestra estuvo integrada por 112 pacientes cuyas edades fluctuaban entre 20 y 65 años. De los encuestados la asociación de eyaculación precoz a severidad de sintomatología en paciente con prostatitis crónica III A/B no se halló significancia (Rp=0.81, IC95% 0.24- 2.71 con P=0.733) esto se debería a sesgo en la muestra por ser de poca cantidad; ser una patología poco estudiada. Las variables asociadas presencia de dolor en 30% (p=0.441), síntomas urinarios con 25%(p=0.008) , alteración en la calidad de vida en 33% (p=0.392) , sexo anal en 33%(p=0.080) , presencia de clamidia en 20%(p= 0.514) , no uso de preservativo en 35% (p=

0.400) salieron también no significativos pero si de importancia clínica. **Conclusión:** No se halló relación estadísticamente significativa entre la asociación de eyaculación precoz a severidad de sintomatología en pacientes con prostatitis crónica IIIA/B

Palabras claves: Eyaculación prematura, Prostatitis, NIH CPSI, PEDT 5

ABSTRACT

Background: Chronic Pelvic Pain is a syndrome that leads to a condition characterized by discomfort and pain in the pelvic area, with or without urinary and sexual symptoms causing an impact on the quality of life of man. **Objective:** To determine if premature ejaculation is associated with severity to the symptomatology of chronic pelvic pain prostatitis in a specialized private clinic in the period 2019 - 2020 **Methods:** Study of observational, analytical and cross-sectional design. PEDT 5 and NIH CPSI were used to estimate premature ejaculation and prostatitis respectively. For the descriptive analysis, frequencies and percentages were assessed through the use of contingency tables, a bivariate and univariate analysis was performed. The prevalence ratio (Rp) with 95% confidence interval and Fisher's Exact Test was used to determine the association of the variables. **Results:** The sample consisted of 112 patients whose ages ranged from 20 to 65 years. Among those surveyed, the association of premature ejaculation with severity of symptoms in patients with chronic prostatitis III A / B was not found significant (Rp=0.81, IC95% 0.24- 2.71 with P=0.733) this should be due to bias in the sample because of small quantity; Be a little studied pathology. The associated variables presence of pain in 30% (p = 0.441), urinary symptoms with 25% (p = 0.008), alteration in the quality of life in 33% (p = 0.392), anal sex in 33% (p = 0.080), presence of chlamydia in 20% (p = 0.514), no condom use in 35% (p = 0.400) also came out not significant but of clinical importance **Conclusion:** No statistically significant relationship was found between the association of premature ejaculation a severity of symptoms in patients with chronic prostatitis IIIA / B

Keywords: Premature ejaculation, Prostatitis, NIH CPSI, PEDT 5

INTRODUCCIÓN

El síndrome de dolor pélvico crónico masculino está caracterizado por dolor crónico en la pelvis, el área genital e inguinal, la parte inferior del abdomen y el perineo, frecuentemente acompañado de varios síntomas urinarios, estos síntomas persistentes traen grave conmoción en la calidad de vida, con una predominancia que varía entre 4 y 16% que va en aumento y simboliza casi dos millones de visitas al año lo que trae consigo una gran carga para la atención médica.

La falta de conocimiento de la etiología y los mecanismos fisiopatológicos se luce en una variedad confusa de modalidades de tratamiento, la mayoría de las cuales están poco documentadas ⁽¹⁾

En estos pacientes la disfunción sexual puede incluir eyaculación dolorosa, eyaculación precoz, disfunción eréctil y disminución de la libido.

Se a tomado en consideración el papel de la glándula prostática en el mecanismo de la eyaculación dado que hay estudios donde la prostatitis crónica se ha relacionado en alta frecuencia y por ello se enfatiza la importancia de un examen cuidadoso de la próstata antes de empezar terapia farmacológica o psicosexual para la eyaculación precoz.

La eyaculación precoz tiene un resultado adverso relevante en la condición de vida del paciente y sus parejas sexuales. Dirige a angustia psicológica, quebrantamiento de la autoestima, ansiedad, disfunción eréctil, descenso de la libido y malas relaciones interpersonales. En general los hombres se sienten remiso a dialogar la eyaculación precoz con su médico general aunque cause impacto psicológicos, emocionales y relacionales.⁽²⁾

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| AGRADECIMIENTO | 2 |
| DEDICATORIA | 3 |
| RESUMEN | 4 |
| ABSTRACT | 5 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 9 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 9 |
| 1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA..... | 10 |
| 1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION..... | 10 |
| 1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA..... | 11 |
| 1.5 LINEA DE INVESTIGACION | 11 |
| 1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN | 11 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO..... | 13 |
| 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN | 13 |
| 2.2 BASES TEÓRICAS..... | 18 |
| 2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES | 25 |
| CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES | 28 |
| 3.1 HIPÓTESIS: GENERAL Y ESPERCÍFICAS..... | 28 |
| 3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN | 28 |
| CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA | 30 |
| 4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... | 30 |
| 4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA | 30 |
| 4.3 Operacionalización de variables | 32 |
| 4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ... | 34 |

| | | |
|---|---|----|
| 4.5 | TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS..... | 34 |
| 4.6 | ASPECTOS ETICOS | 35 |
| CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | | 36 |
| 5.1 | Resultados..... | 36 |
| 5.2. | Discusión de resultados..... | 52 |
| CONCLUSIONES | | 56 |
| RECOMENDACIONES | | 57 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | | 58 |
| ANEXOS..... | | 62 |

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente una de las problemáticas clínicas de trastornos de disfunción sexual que va afectando cada día más a los hombres llegando un 25% ⁽³⁾ es la prostatitis crónica IIIA/B y/o síndrome de dolor pélvico crónico, que como su nombre lo dice es la inflamación o infección de la próstata pasado los 3 meses lo cual trae consigo un polimorfismo clínico muy doloroso de vías urinarias inferior desde disuria, polaquiuria, incontinencia imperiosa, etc lo cual lleva a un resultado significativo en la condición de vida alterando su ciclo copulatorio⁽⁴⁾

La glándula prostática rodea a la uretra (el tubo urinario), ubicada debajo de la vejiga de los hombres, esta produce un fluido que ayuda a transportar el espermatozoides durante la eyaculación⁽⁵⁾. Cuando hay una prostatitis hay una infección parenquimatosa de la glándula prostática que se acompaña de dolor pélvico o prostático y disfunción del suelo pélvico, donde hay relación con la inervación pélvica lo cual afecta a la eyaculación porque ella se basa en dos fases importantes como primera la contracción de los conductos deferentes, próstata, vesículas seminales y cuello de la vejiga expulsando el líquido seminal a la uretra y la segunda la expulsión del fluido seminal por la contracción rítmica de los músculos perineales ⁽⁶⁾ y es por ende es muy común en estos pacientes asociar la eyaculación precoz con la prostatitis crónica se ha visto asociación en un 34,7% ⁽⁷⁾.

La eyaculación precoz problemática que afecta de 30-40% de los hombres sexualmente activos; esta es la incapacidad de controlar el reflejo eyaculatorio siendo la expulsión del semen precipitada dentro de la vagina o incluso antes de la penetración con un aproximado de un 1 minuto a 1 minuto y medio de duración ⁽⁸⁾ Con esta investigación busco asociar e informar de la problemática que se ve en 1 de 5 hombres que la padecen en la frustración y/o anulación de intimidad sexual en la cual la prostatitis crónica se ha visto como una causa orgánica importante

⁽⁹⁾y pues esto afecta negativamente al paciente llevándolo a estados de depresión, stress, afectando su calidad de vida.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Está la eyaculación precoz asociada a la severidad de la sintomatología de dolor pélvico crónico- prostatitis crónica en una entidad privada especializada en el periodo 2019 - 2020?

1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

En estudios realizados por la asociación Iberoamericana de Información Científica se halló que el 18.6% de los pacientes con prostatitis crónica refirieron dolor o malestar relacionado con la eyaculación, encontrándose la eyaculación precoz como trastorno sexual dominante, se informó que la incidencia de eyaculación precoz y disfunción eréctil entre estos pacientes es 39% y 16.9%, respectivamente y se ha planteado que la inflamación prostática afectaría la sensación y la regulación del reflejo eyaculatorio mediante un mecanismo neurofisiológico ⁽¹⁰⁾

Se le clasifica de acuerdo con “los *National Institutes of Health* (NIH) de los EE.UU. como prostatitis bacteriana crónica o no bacteriana, síndrome de dolor pelviano crónico y prostatitis inflamatoria asintomática” ⁽¹⁰⁾ La edad promedio de pacientes con prostatitis crónica es de 30 a 50 años, pacientes jóvenes que en predominio tienen infecciones, con prácticas sexuales contranatura o relaciones durante el periodo menstrual de su pareja; en el caso de choferes por retención de la orina por mucho tiempo⁽¹¹⁾ en todos los casos se podría prevenir con un buen tratamiento médico oportuno y buen higiene personal , en los casos de prostatitis crónica el diagnóstico es un poco difícil puesto que muchas veces es asintomática , se trata con antibióticos por la relación a infecciones urinarias y ets , existen infecciones crónicas y subclínicas que pueden acompañarse con síntomas inespecíficos, resaltar que en estos pacientes es muy frecuente entre los hombres las disfunciones sexuales, entre ellas de importancia la eyaculación precoz secundaria. En consecuencia, realizar una evaluación prostática física y

microbiológica adecuada antes de empezar un tratamiento para los pacientes con eyaculación precoz, debe considerarse importante ⁽¹⁰⁾

Este estudio se llevará a cabo en base a las cifras de prevalencia en la cual involucra un tema de preocupación no solo a nivel mundial, sino también en el Perú porque es de alto impacto en la condición de vida y bienestar de esta población, por ello es importante la información adecuada, clara y pertinente.

1.4 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Pacientes masculinos mayores de dieciocho años de edad con sintomatología de síndrome doloroso pélvico crónico/Prostatitis crónica tipo IIIA/B conforme con lo consignado en la historia clínica, tratados en la clínica de urología avanzada LIMA DEL MAR, Lima, Perú, en el estudio el grupo de severos fue muy pequeño y ello genero posibilidad de sesgo.

1.5 LINEA DE INVESTIGACION

Este estudio maneja como línea de investigación Enfermedades de transmisión sexual, considerado prioridad nacional 2016–2021: promoción y prevención de salud, y se llevo a cabo en La Clínica Lima del Mar Medicina Especializada ubicada en Av. Sánchez Carrión 615 Consultorio 408 Jesús María.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar si la eyaculación precoz está asociada a la severidad de la sintomatología de dolor crónico pélvico prostatitis en una clínica privada especializada en el periodo 2019 – 2020

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estimar la prevalencia de síntomas urinarios en la población de estudio
- Estimar la prevalencia de dolor en pacientes con prostatitis crónica IIIA/B
- Determinar si las características clínicas (edad, IMC, sexo) se encuentran asociadas a severidad de sintomatología en pacientes con prostatitis crónica IIIA/B.
- Determinar si la presencia de anticuerpos anti clamidia positivos están asociada a sintomatología de severidad en pacientes con prostatitis crónica III A/B
- Determinar si la orientación de la práctica sexual anal y no uso de preservativo está asociada con la sintomatología de prostatitis crónica IIIA/B.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En la investigación Titulado “Relación entre la eyaculación precoz y la prostatitis crónica / síndrome de dolor pélvico crónico” estudio realizado por Lee JH Lee SW en el año 2014, estudio transversal, donde se usó herramienta como: diagnóstico de la eyaculación precoz (PEDT), los Institutos Nacionales de salud-Índice de síntomas de la prostatitis crónica (NIH-CPSI) y el Índice Internacional de la Función Eréctil-5 (IIEF) que fueron necesarios para la evaluación de la sintomatología, hallando resultados como edad promedio fue de 50.4 ± 5.5 años. En un grupo de 2.205 (24.9%) hombres que padecían sintomatología semejante a la prostatitis (puntaje de dolor NIH-CPSI de ≥ 4), y 618 (7.0%) hombres tenían síntomas moderados a severos (puntuación de dolor NIH-CPSI de ≥ 8). Además, 2,144 hombres (24,2%) se clasificaron como demostradores de PE (PEDT > 10). Se detecto que el puntaje PEDT tenía una correlación positiva significativa con el puntaje del dominio de dolor NIH-CPSI (coeficiente de correlación = 0.206; P < 0.001).⁽¹²⁾

En el trabajo “Distribución y factores asociados con cuatro síndromes de eyaculación precoz en pacientes ambulatorios quejándose de eyacular prematuramente” realizado por Zhang X et al. en el año 2013 se baso en analizar la prevalencia y los factores asociados con cuatro síndromes de la Eyaculación Precoz en pacientes ambulatorios, el estudio incluyó a 1.988 pacientes masculinos que se quejaron de eyaculación precoz, con una edad media y un índice de masa corporal (IMC) de 35.52 ± 10.38 años y 25.34 ± 4.51 kg / m (2), respectivamente. Las tasas de prevalencia fueron de 35.66% sufren de por vida de eyaculación precoz, 28.07% de manera adquirida, 12.73% de variable natural y 23.54% de disfunción

eyaculatoria precoz. Los pacientes de manera adquirida tuvieron las edades medias y IMC más altas al igual que varias comorbilidades, incluyendo trastorno del deseo sexual, hipertensión, diabetes mellitus, prostatitis crónica y disfunción eréctil. El grupo disfunción eyaculatoria precoz tuvo un resultado más bajo de relaciones sexuales que otros grupos y más altas en ansiedad y depresión, los que padecen de por vida fue más alta de los subtipos de los ambulatorio.⁽¹³⁾

En el trabajo con título “ Tasa de prevalencia y factores de riesgo de depresión en pacientes ambulatorios con eyaculación precoz” con los colaboradores Zhang X, et al. en el año 2013 se investigó en 1801 pacientes ambulatorios con sintomatología de eyaculación precoz que incluía: datos demográficos (edad, índice de masa corporal), duración de la eyaculación precoz , historial médico e historial sexual, tiempos de latencia eyaculatoria intravaginal autoevaluados, con pruebas: el Ser Zung -Reducir la Escala de Depresión (SDS), el Índice de Síntomas Crónicos de Prostatitis del Instituto Nacional de Salud (NIH-CPSI) y el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-5). Como resultados hubo: 1.206 pacientes fueron diagnosticados con eyaculación precoz. La tasa de depresión fue del 26,78%. Los factores de riesgo para incluir depresión fueron: La duración de la EP entre 13-24, 25-60 o ≥ 61 meses, puntajes CPSI de 15-30 o ≥ 31 y puntajes IIEF-5

En el trabajo “Prostatitis crónica en la eyaculación precoz: un estudio de cohorte en 153 hombres” por los colaboradores Shamloul R, el-Nashaar A. año 2006, el estudio fue basado en confirmar la incidencia de prostatitis crónica en un cohorte de pacientes con eyaculación precoz primaria y secundaria, con un total 153 hombres heterosexuales de 29-51 años con eyaculación precoz y otros 100 hombres sanos. Se realizaron muestras microbiológicas secuenciales según indicado con el protocolo estandarizado de Meares y Stamey. La prostatitis no bacteriana se

puntualizó por la evidencia de inflamación prostática con cultivos negativos de orina y fluidos prostáticos con diversos síntomas genitourinario donde se halló disimilitud significativa entre los pacientes y los sujetos de control se observó la edad, la educación y la frecuencia del coito. La inflamación prostática se detectó en 64% y la prostatitis bacteriana crónica en el 52% de los pacientes con eyaculación precoz, respectivamente, mostrando significación estadística en comparación con los sujetos control ($P < 0,05$), donde se obtiene como resultado final una importante alta prevalencia de prostatitis crónica en pacientes con eyaculación precoz. ⁽⁷⁾

En el trabajo “Estudio de la prevalencia de prostatitis crónica en hombres con eyaculación precoz” por los investigadores Xing JP, et al, año 2006, estudio donde se ejecutó muestras de orina segmentadas antes y después del masaje prostático y muestras de secreción prostática denotadas de 106 pacientes con eyaculación precoz y 38 controles evaluados por estudios microscópicos y / o bacteriológicos. La predominancia de la eyaculación precoz se investigó en 120 pacientes con prostatitis crónica donde la inflamación prostática se encontró en el 46,2% y la prostatitis bacteriana crónica en 34,7% de los sujetos con eyaculación precoz. En comparación con el grupo control, el descubrimiento fue estadísticamente significativos ($P < 0.05$). Teniendo un resultado final de eyaculación precoz en los pacientes con prostatitis crónica fue del 47,5% (57/120).⁽⁹⁾

En el trabajo titulado “Prevalencia de prostatitis crónica en hombres con eyaculación precoz ” realizado por Screponi E, et al En el año 2001 en el cual se analizó muestras de orina segmentadas antes y después del masaje prostático , muestras de secreción prostática de 46 pacientes con eyaculación precoz y 30 controles por medio de estudios de localización bacteriológica. Se evaluó la incidencia de eyaculación precoz en los

sujetos con prostatitis crónica, donde se obtuvo como resultado; inflamación prostática en el 56.5% y la prostatitis bacteriana crónica en el 47.8% de los sujetos con eyaculación precoz⁽¹⁴⁾

En el trabajo titulado “La infección por *Chlamydia trachomatis* está relacionada con la eyaculación precoz en pacientes con prostatitis crónica: resultados de un estudio transversal” realizado por Tommaso Cai, et al, año 2014 que realizó una comparación entre 311 pacientes afectados por CBP (prostatitis bacteriana crónica) a causa de CT (*Chlamydia trachomatis*) (cohorte A) con 524 pacientes prjudicados por CBP, por bacterias uropatógenas comunes (cohorte B). Se desempeñó los siguientes cuestionarios: Índice de Síntomas de Prostatitis Crónica de los Institutos Nacionales de Salud, Puntaje Internacional de Síntomas de Próstata, Índice Internacional de Función Eréctil-15 dominio de la función eréctil (IIEF-15-EFD), Herramienta de Diagnóstico de Eyaculación Precoz (PEDT), y Short Formulario 36 (SF-36). Con un seguimiento de 42.3 meses, donde se obtuvo: los episodios sintomáticos fueron significativamente mayor en el grupo cohorte A que en la cohorte B (4.1 ± 1.1 vs. 2.8 ± 0.8 , $p < 0.001$), y tiempo para la primera recurrencia sintomática fue más corta en cohorte A que en cohorte B (3.3 ± 2.3 meses vs. 5.7 ± 1.9 meses, $p < 0.001$). Además, las puntuaciones en SF-36 fueron más bajas en la cohorte A (96.5 ± 1.0 vs. 99.7 ± 1.9 , $p < 0.001$) en la primera recurrencia sintomática. La cohorte A mostró puntuaciones más bajas en los cuestionarios IIEF-15-EFD y PEDT al final del período de seguimiento (26.8 ± 2.9 vs. 27.3 ± 3.3 , $p = 0.02$ y 11.5 ± 2.3 vs. 4.5 ± 2.8 , $p < 0.001$, respectivamente). Como conclusión pacientes afectados por CBP debido a la infección por CT tienen significancia en recaídas sintomáticas con un efecto más severo en la condición de vida⁽¹⁵⁾

Antecedentes nacionales:

En el trabajo “Asociación entre prostatitis crónica y eyaculación precoz en adultos jóvenes de una Universidad Privada Lima Perú, en el año 2019” realizado por Peñaranda Hinojosa, A. en el año 2019 donde se utilizó PEDT 5 Y NIH CPSI para valorar eyaculación precoz y prostatitis respectivamente, uso de tablas de contingencia, análisis bivariado, su muestra fue 381 pacientes cuyas edades fluctuaban entre 18 y 29 años. Los efectos fueron de 230 (60.37%) encuestados presentaban dolor asociado a prostatitis, 224 (58.9%) síntomas urinarios, más aún no se halló significancia estadística entre la asociación de los síntomas asociados a prostatitis con la eyaculación precoz (OR 1.4 IC 95% (0.702 – 3.149; $p=0.298$), justificando que la edad fue en un rango de 18 a 29 años siendo la mediana de 23 años. ⁽¹⁶⁾

En el trabajo “Factores asociados a la severidad sintomatológica en pacientes varones con diagnóstico de dolor pélvico crónico/prostatitis crónica IIIB en una Clínica Urológica de Lima-Perú 2017-2018” por Gonzalo Rodríguez B., año 2019 se analizó 102 historias clínicas de pacientes adultos cuyo diagnóstico era prostatitis crónica/dolor pélvico crónico IIIB y se ejecutó el score de National Institutes of Health Chronic-Prostatitis Symptom Index NIH CPSI con resultados: edad promedio de 36.69 años \pm 9.62 con un rango de 19 a 55, las calcificaciones de la próstata asociadas a severidad de dolor en la prostatitis crónica/dolor pélvico crónico ($p=0.042$), cambios estructurales de la próstata, asociado a la severidad de dolor ($p = 0.043$), asociados a síntomas urinarios ($p = 0.05$). siendo la práctica contranatura una característica en un 67% en la población estudiada⁽¹⁷⁾

2.2 BASES TEÓRICAS

Dolor Pélvico Crónico y Eyaculación precoz

El Síndrome Doloroso Pélvico conlleva a una serie de síntomas dolorosos que crea conmoción en la función sexual del hombre. Afecta entre las edades de 23 a 55 años comúnmente ejerciendo efecto en la fase de la eyaculación, en un promedio de un 85% de los pacientes tienen disfunciones sexuales en los cuales se manifiestan: el dolor eyaculatorio, mengua del deseo sexual atravesando por disfunción eréctil coligada o disfunción eyaculatoria secundaria al mismo, todas ellas secuela del dolor (18)

Dentro de la clasificación del diagnóstico debe durar tres meses mínimo, los vestigios son dolores y trastornos de tipo obstructivo e irritativo a nivel genito urinario ubicando el dolor a nivel pélvico, perineal, peneano, testicular, inguinal, suprapúbico y lumbar; trayendo consigo trastornos eyaculatorios como por ejemplo dolor al final de la eyaculación o la hemospermia . Son pacientes con ansiedad y preocupación. El examen clínico no suele ayudar mucho.

Este síndrome puede acompañarse de infección e inflamación corroborado por la presencia de leucocitos y gérmenes en la secreción prostática adquirido por masaje, orina post masaje o en el semen. Hay evidencia que pueden puede no existir infección, no se obtienen gérmenes, y sí inflamación y leucocito⁽¹⁹⁾ Hoy en día se ve en consultas ambulatorias de urología ya un 15% de pacientes con Síndrome de Dolor Pelviano Crónico por lo que va considerando un diagnóstico con más frecuencia.

La eyaculación precoz según la Sociedad Internacional de Medicina Sexual es “Una disfunción sexual caracterizada porque siempre o casi siempre se produce antes o dentro de aproximadamente un minuto después de la penetración vaginal o la insuficiencia para retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales y

consecuencias personal negativas como angustia, molestia, frustración y la negativa de tener intimidad sexual” (20)

ETIOLOGIA DE LA PROSTATITIS CRONICA Y POSIBLES MECANISMOS FISIOPATOLOGICOS:

Etiología microbiana:

El elemento bacteriano en la prostatitis bacteriana aguda y crónica se ha recomendado fuertemente como fundamento bacteriano para Síndrome Doloroso Pélvico con base de estudios en cultivos bacterianos como: recuperación de secuencias de ADN bacteriano por PCR en secreción prostática expresada (EPS) y tejido prostático. Las bacterias con mayor frecuencia en Síndrome Doloroso Pélvico han sido uropatógenos gramnegativos como E. coli y enterococos, pero también se han encontrado estafilococos gram positivos, y con menos frecuencia Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium y corynebacteriae. Aun así es complicado interpretar este descubrimiento y su correlación con la prostatitis clínica o histológica, ya que la flora bacteriana que alberga una próstata sana no son homogéneos, y algunas investigaciones no han encontrado ninguna flora bacteriana normal en la próstata ni ninguna conexión clara entre las bacterias.⁽¹⁾

Etiología inmunológica

El estado inmunológico del huésped y la facultad de adherencia de los posibles agentes infecciosos recalca un papel en los cambios inflamatorios, se halló que los pacientes con Síndrome Doloroso Pélvico tenían un aumento de respuesta de células. Al igual que los leucocitos en las muestras de orina pre-masaje y post-masaje reveló que muestras post-M de pacientes con III A hay predominancia de células T y granulocitos, lo que sugiere respuestas inmunes innatas y adaptativas en Síndrome Doloroso Pélvico. En general, las respuestas inmunes en

pacientes con Síndrome Doloroso Pélvico parecen estar mediadas más por células T que por células B y tienen células CD8 (células T citotóxicas) que predominan sobre las células CD4 (células T auxiliares).

Las citocinas se forman como respuesta inmune inadaptada y pueden ejercer un papel importante en las respuestas inflamatorias en pacientes con síndrome doloroso pélvico. Se han encontrado niveles elevados de las citocinas proinflamatorias IL-2, IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-10 y TNF- α señalando respuestas inflamatorias en la próstata o conductos seminales. Ello favorece a la teoría de una respuesta inmunológica alterada, No obstante, no se ha encontrado una correlación logística entre los niveles elevados de citoquinas y la inflamación histológica o los cambios inflamatorios ⁽¹⁾

Etiología química y aspectos urodinámicos.

Se habla de evidencia en la presión miccional alta (reflujo de la orina hacia la próstata) como causa de síntomas en hombres con prostatitis, al estudiar la composición química y la orina se halló que el reflujo de orina en los conductos prostáticos produce irritación e inflamación química, y de forma idéntica. Hay estudios que muestran que los cálculos prostáticos están formados en parte por los restos de los ingredientes de la orina refluída Si los conductos prostáticos están tapados por cálculos, el aumento de la presión intraductal o la irritación directa de los cálculos puede dar irritación mecánica del epitelio como resultado del reflujo de orina hacia la próstata, la inflamación crónica y el edema tisular pueden estimular a alteraciones miccionales con más reflujo. Los exámenes de flujo de video-presión explican un aumento de la presión máxima de cierre uretral y una reducción de las tasas de flujo en la uretra prostática y membranosa proximal ⁽¹⁾

Piso pélvico mialgia y etiología neuromuscular

En algunos casos la sintomatología puede ser por la tensión de la mialgia en el piso pélvico, surge como una contracción habitual o espasmo de los músculos del piso pélvico. La causa del dolor se asocia con actividades físicas que provocan espasmos. La próstata parece estar normal y no sensible en un examen rectal, pero el esfínter anal es espástico y se ve sensibilidad paraprostática. También hay: atrapamientos del nervio pudiendo, enfermedad del disco lumbar, neoplasias en la pelvis o la columna vertebral y la osteítis púbica son descritas como causas raras de dolor pélvico crónico.⁽¹⁾

CUADRO CLINICO DE LA PROSTATITIS CRONICA:

Paciente con sintomatología mínima de tres meses. En los síndromes crónicos de prostatitis a veces los síntomas son escasos o inexistentes y se condicionan a anomalías en el semen que dan infertilidad. En otras predominan manifestaciones sexuales, como la pérdida total o parcial de la erección, la eyaculación dolorosa, la eyaculación precoz o la hemospermia. Lo general es el de dolor pelviano y síntomas urinarios. El dolor es en áreas como: suprapúbico, perineal, lumbosacro, escrotal, peneano, cara interna de los muslos. Los síndromes urinarios más comunes son obstructivos (conflicto de inicio miccional, calibre disminuido, residuo post miccional e incluso retención aguda de orina) o irritativos (imperiosidad, polaquiuria tanto diurna como nocturna, micción dolorosa o tenesmo).

CLASIFICACION DE LA PROSTATITS CRONICA

La clasificación tradicional de la prostatitis Sus categorías I (Prostatitis bacteriana aguda) y II (Prostatitis bacteriana crónica. Infección crónica de la Próstata. Infección urinaria recurrente) son similares a las

clasificaciones tradicionales de prostatitis bacteriana aguda y crónica, mientras que la categoría III (Prostatitis crónica abacteriana / Síndrome doloroso pelviano crónico. Dolor o incomodidad en la región pelviana (por lo menos 3 meses) con síntomas urinarios y sexuales variados) se divide en dos subcategorías, III A, que representa Síndrome Doloroso Pélvico inflamatorio en el que los leucocitos están presentes (> 10 / campo de alta potencia), y III B (Sin leucocitos). La nueva clasificación también incluye prostatitis histológica no sintomática, categoría IV (Asintomática. Signos inflamatorios en: Biopsia – Semen – Líquido post masaje – Orina post masaje).^{(1) (21)}

TABLA I. CLASIFICACION DE LAS PROSTATITIS.

| DRACH 1978 | | NIH 1995 |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| TERMINOLOGÍA | CATEGORÍAS | NUEVA TERMINOLOGÍA |
| Prostatitis bacteriana aguda | I I | Prostatitis bacteriana aguda |
| Prostatitis bacteriana crónica | II II | Prostatitis bacteriana crónica |
| Prostatitis crónica abacteriana | III III IIIa IIIb | Síndrome P. crónica/Dolor pélvico crónico con inflamación sin inflamación |
| Prostatodinia | IV IV | Prostatitis inflamatoria asintomática (prostatitis histológica) |

Tabla 1. Clasificación de las prostatitis.

| | Prostatodinia* | Evidencia de inflamación (SPE) | Cultivo positivo (SPE) | Cultivo positivo (vejiga) | Bacterias etiológicas comunes | Examen rectal (próstata) |
|--------------------------------|----------------|--------------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Prostatitis bacteriana aguda | + | + | + | +‡ | Enterobacterias | Anormal |
| Prostatitis bacteriana crónica | ± | + | + | +§ | Enterobacterias | Normal |
| Prostatitis "abacteriana" | ± | + | 0 | 0 | ? | Normal |
| Dolor pelvipereineal | ± | 0 | 0 | 0 | 0 | Normal |

* Dolor en la próstata.

SPE= secreción prostática exprimida. (posmasaje prostático).

‡ La prostatitis bacteriana aguda se acompaña casi siempre de infección vesical.

§ Se caracteriza por bacteriuria recidivante, con intervalos variados de hasta varios meses, después de suspendida la terapia antimicrobiana.

Tomado de Stamey TA: Patogenesis and Treatment of Urinary Tract Infections. Baltimore, The Williams & Wilkins Co., 1980.

Módulo: Infecciones en urología (específicas y no específicas)

El síndrome doloroso pelviano concibe un "48% de pacientes en la categoría IIIA, un 38% en la IIIB y un 14% restante en la II". (22)

DIAGNOSTICO DE PROSTATITIS CRONICA

El diagnóstico precisa el sustento patogénico de la presencia de bacterias o células inflamatorias en la glándula prostática.

La prueba Meares-Stamey (la "prueba de los cuatro vidrios"), incluida en 1968 fue estimada como un "estándar de oro" durante más de 30 años. Esta prueba constaba de cuatro muestras: orina miccional de primer flujo (VB1), orina miccional de medio flujo (VB2), secreción prostática expresada (EPS) y una muestra miccional de orina post-masaje (post-M) (VB3). Puede encontrarse hallazgos inflamatorios y bacteriológicos en prostatitis, junto con ITU y uretritis, casi nunca utilizada debido a su naturaleza complicada, esta prueba está bien referenciada en la literatura.

(1)

Otro método más simple de detección de prostatitis, la prueba previa y posterior al masaje (PPMT), consiste en dos muestras de orina, una muestra de flujo medio anulada (pre-M) y una muestra de primer flujo

anulada tomada después Masaje prostático vigoroso (post-M). La bacteriuria significativa en la muestra pre-M da la posibilidad de infección urinaria o prostatitis bacteriana aguda, mientras que la bacteriuria en la muestra post-M indica prostatitis bacteriana crónica. Los leucocitos (> 10 por campo de alta potencia) pero no se encuentran bacterias en el sedimento de la muestra posterior a M en Síndrome Doloroso Pélvico Inflamatorio (categoría III A), pero ni los leucocitos ni las bacterias están presentes en Síndrome Doloroso Pélvico no inflamatorios (categoría III B). Tanto la sensibilidad como la especificidad es de 91% y, por ende, se recomienda como primera línea para detectar la prostatitis.

El examen de semen no se usa frecuentemente, aunque su sensibilidad para detectar Síndrome Doloroso Pélvico inflamatorio o prostatitis bacteriana crónica se puede mejorar combinándolo con EPS y PPMT ⁽¹⁾

El antígeno prostático específico de suero (PSA) es un fundamental en el examen de diagnóstico de laboratorio, en particular para desechar el cáncer de próstata. En la mayoría se observa niveles normales de PSA, no obstante, pueden elevarse en estado inflamatorio, por lo que se explica una correlación entre el PSA y la gravedad de los cambios inflamatorios histológicos. ⁽¹⁾

EYACULACION PRECOZ

La eyaculación precoz (EP) es la alteración sexual masculino más ordinaria, y genera efecto negativo en la vida de un hombre y su pareja. Se habla de sus definiciones el tiempo de latencia de la eyaculación intravaginal (IELT), el control de la eyaculación y la aflicción o la colisión de los obstáculos interpersonales. Una evaluación estandarizada es el desarrollo de una medición objetiva de IELT (usando un cronómetro) y por medio de cuestionarios realizados por el paciente (PRO) sobre el control de la eyaculación y la satisfacción sexual. El reconocimiento de cuatro patrones diferentes de Eyaculación precoz (disfunción eyaculatoria precoz, adquirida, variante normal y de vida) es difícil debido a las

diferentes patogenias subyacentes y por ello se abarca diferentes enfoques en el manejo. El tratamiento óptimo debe ser individualizado. Generalmente los pacientes que lo padecen de por vida necesitan farmacoterapia (en combinación con asesoramiento psicosexual) como tratamiento de primera. En el caso de la adquirida el origen es específico e incluye farmacoterapia para la función eréctil en hombres con disfunción eréctil (DE) comórbida. Los del grupo de variable natural se quejan de eyaculación precoz en condiciones situacionales o sincronía; La eyaculación es automata y ocurre de manera no frecuente. La psicoeducación y la tranquilidad les están indicadas.⁽²³⁾ La primera opción de diagnóstico y futuro tratamiento para los hombres con disfunción eyaculatoria precoz que asociamos a Síndrome doloroso pélvico es examen prostático a profundidad y de manera inicial.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Variable Dependiente:

Sintomatología de severidad de Prostatitis Crónica: La prostatitis crónica es patología que se distingue por dolor, síntomas urinarios y un deterioro importante de la condición de vida, en la cual para medida de severidad de sintomatología se clasificara según la puntuación de la escala del NIH-CPSI donde el punto de corte de nuestro estudio es 30, mayor a 30 indica sintomatología severa y menor a este indica leve a moderado.

Variable Independiente:

Eyaculación Precoz:

Trastorno sexual interpretado por una eyaculación en la cual siempre o casi siempre se produce antes o dentro de aproximadamente un minuto después de la penetración vaginal.

Edad:

Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

Índice de Masa Corporal:

Método utilizado para estimar la cantidad de grasa corporal que tiene una persona, y determinar por tanto si el peso está dentro del rango normal, o por el contrario, se tiene **sobrepeso** o delgadez

Tipo de prostatitis/Dolor pélvico crónico:

Clasificación de las prostatitis, según sea la causa, el tiempo y la sintomatología.

Tiempo de diagnóstico:

Diferencia de tiempo entre la fecha del diagnóstico clínico con la fecha del diagnóstico patológico.

Anticuerpos anti-Chlamydia trachomatis:

Presencia de IgG o IgA contra Chlamydia Trachomatis en sangre, que es evidencia de infección aguda o crónica.

Síntomas urinarios:

Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad. La disuria, la polaquiuria, el tenesmo y la urgencia miccional constituyen el denominado síndrome miccional

Sexo anal:

Práctica sexual que consiste en la introducción del pene en el ano.

Preservativo:

Funda muy fina y elástica, hecha de látex u otra materia similar, que se coloca en el pene al realizar el coito.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS: GENERAL Y ESPERCÍFICAS

Hipótesis general

La eyaculación precoz está asociada a severidad en sintomatología de pacientes con prostatitis crónica IIIA/B.

Hipótesis específicas

- Existe alta prevalencia de dolor en pacientes con sintomatología de prostatitis crónica.
- Existe alta prevalencia de síntomas vías urinarias en la población de estudio
- Las características clínicas (edad, IMC, sexo) se encuentran asociadas a la presencia de eyaculación precoz en pacientes con prostatitis crónica IIIB/ Síndrome doloroso pélvico crónica.
- La presencia de anticuerpos anti clamidia positivos están asociados a sintomatología de severidad en pacientes con prostatitis crónica
- La orientación de la práctica sexual anal y no uso de preservativo están asociado con la sintomatología de dolor pélvico crónico

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

La variable dependiente será:

- Severidad de la sintomatología de Prostatitis crónica

Las variables independientes serán:

- Edad

- Eyaculación Precoz
- Índice de Masa Corporal
- Tipo de prostatitis
- Anticuerpos anti-*Chlamydia trachomatis*
- Síntomas Urinarios
- Sexo anal
- Preservativos

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

El presente estudio se desarrolló en el contexto del IV CURSO - TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS según enfoque y metodología previamente publicada.⁽²⁴⁾

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio observacional, analítico transversal. Observacional, porque el investigador observó el comportamiento de las variables, ya que no se intervino en ninguna de las variables, sino que más bien se observaron los fenómenos a estudiar, Analítico ya que se pretende estudiar y analizar la relación o asociación entre las 2 o más variables que se van a utilizar en el estudio. Transversal, ya que se realiza una sola medición de los sujetos y se evalúa de forma concurrente la exposición y el evento de interés.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población estuvo conformada por todos los pacientes con sintomatología de síndrome doloroso pélvico que han sido tratados en la Clínica Lima del Mar Medicina Especializada, durante los años 2019 a 2020, teniendo un número aproximado de muestra de 112.

La unidad de análisis fueron los pacientes con sintomatología de síndrome doloroso pélvico en la Clínica Lima del Mar durante enero del 2019 a enero del 2020.

Criterios de inclusión

- Pacientes con sintomatología de prostatitis crónica.

Criterios de exclusión

- Pacientes con historias clínicas con datos incompletos, datos ilegibles y/o deteriorados.
- Pacientes que presenten alguna otra comorbilidad que no se ha mencionado anteriormente
- Presencia de enfermedad neurológica

Tamaño y selección de la muestra

En el presente estudio se seleccionó la opción de cálculo de tamaño muestral para estudios de tipo transversal analítico considerando una proporción de exposición entre los casos del 70% consignada en un estudio previo. Se tomó un nivel de confianza de 95%, un potencial estadístico de 80%, razón de controles por caso de 2, para se realizó un muestreo aleatorio simple, siendo este de tipo probabilístico; mediante la asignación de números aleatorios para la elección de los historiales clínicos, previa aplicación de los criterios de elegibilidad. El cálculo final de tamaño muestral fue de 112.

| Diseño Transversal Analítico | |
|---|------|
| P_1 : FRECUENCIA CON EL FACTOR | 0.70 |
| P_2 : FRECUENCIA SIN EL FACTOR | 0.42 |
| NIVEL DE CONFIANZA | 0.95 |
| PODER ESTADÍSTICO | 0.80 |
| n' : TAMAÑO DE MUESTRA SIN CORRECCIÓN | 49 |
| n : TAMAÑO DE MUESTRA CON CORRECCIÓN DE YATES | 56 |
| TAMAÑO MUESTRA EXPUESTOS | 56 |
| TAMAÑO DE MUESTRA NO EXPUESTOS | 56 |
| TAMAÑO MUESTRA TOTAL | 112 |

Fuente: Camacho-Sandoval J., "Tamaño de Muestra en Estudios Clínicos", Acta Médica Costarricense (AMC), Vol. 50 (1), 2008

Figura 1. Cálculo del tamaño muestral.

4.3 Operacionalización de variables

| Variable | Indicador | Categorías o rango | Criterio de medición | Tipo | Escala de medición |
|-----------------------------------|---|---|---|----------|-----------------------|
| Índice de síntomas de Prostatitis | Según la puntuación de la escala del NIH-CPSI | <ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Síntomas urinarios - Efectos sobre la calidad de vida | <p>Dolor: Total de las preguntas 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 y 4</p> <p>Síntomas urinarios: Total de las preguntas 5 y 6</p> <p>Efectos sobre la calidad de vida: Total de las preguntas 7, 8 y 9</p> | Numérica | Cuantitativa discreta |
| Eyacuación Precoz | Eyacuación sin control y prematura, que se produce con una mínima estimulación sexual | <ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Efectos sobre la calidad de vida | Evaluación sobre la escala PEDT-5 | Numérica | Cuantitativa discreta |
| Edad | Edad en años al momento del diagnóstico patológico | 18 – 100 | Años | Numérica | Cuantitativa continua |

| | | | | | |
|---|--|---|--|------------|-----------------------|
| Tipo de prostatitis/Dolor pélvico crónico | Tipo clínico según la escala NIH-Consensus definition and classification of prostatitis 1999 | I, II, IIIA, IIIB, IV | NIH-Consensus definition and classification of prostatitis 1999 | Categórica | Cualitativa |
| Tiempo de diagnóstico | Diferencia de meses entre la fecha del diagnóstico clínico con la fecha del diagnóstico patológico | 0 – 100 | Meses | Numérica | Cuantitativa continua |
| Chlamydia Trachomatis | Presencia de IgG o IgA contra Chlamydia Trachomatis | Positivo Negativo | Examen serológico tomado previo al tratamiento | Categórica | Dicotómica |
| Sexo Anal | Práctica sexual que consiste en la introducción del pene en el ano | Positivo Negativo | Practica sexual realizada por encuesta | Categórica | Dicotómica |
| Preservativo | Funda muy fina y elástica, hecha de látex u otra materia similar, con que se cubre el pene al realizar el coito | Positivo Negativo | Realizado por encuesta | Categórica | Dicotómica |
| Síntomas Urinarios | Listado de las diferentes afecciones sobre Síntomas y signos que involucran el sistema urinario, ejemplo: polaquiuria, tenesmo, disuria, incontinencia, etc. | - Dolor - Síntomas urinarios - Efectos sobre la calidad de vida | Dolor: Total de las preguntas 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 y 4 Síntomas urinarios: Total de las preguntas 5 y 6 Efectos sobre la calidad de vida: Total de las preguntas 7, 8 y 9 | Numérica | Cuantitativa discreta |

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se construirá una ficha de recolección de datos en base a los objetivos de estudio y se utilizará la escala NIH-CPSI y PEDT -5.

4.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados fueron en pacientes con diagnóstico de síndrome doloroso pélvico/prostatitis se le aplicó la forma A y B del instrumento de recolección de datos “NIH-CPSI” y “PEDT-5 que fueron registrados en una Hoja de Cálculo de Microsoft Excel. Posterior a ello, dicha Hoja fue sometida a un proceso de control de calidad registrados en la Hoja de cálculo para evitar la omisión o el ingreso de datos erróneos.

Respecto al plan de análisis, las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas fueron analizadas según su Normalidad, categorizadas y posteriormente descritas con medidas de tendencia central y dispersión según sea el caso. En el análisis bivariado para determinar las diferencias significativas entre los grupos de categorías, se usó la Prueba exacta de Fisher por tener frecuencias esperadas <5 y para asociación de razón de prevalencia. El análisis de datos fue realizado utilizando el programa estadístico STAT con licencia adquirida por el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas de la Universidad Ricardo Palma

El instrumento de recolección de datos fue través de la encuesta Premature ejaculation diagnostic tool (PEDT) y en el NIH-Índice de Síntomas de Prostatitis Crónica (NIH-CPSI) ambos validados internacionalmente, validado para el presente estudio por un grupo de urólogos peruanos (Ver anexo 1 y 2) y ejecutados en dos estudios en Perú por los autores Peñaranda Hinostroza A⁽¹⁶⁾ y Gonzalo Rodríguez B.⁽¹⁷⁾ Las cuales los resultados de alfa de Cronbach $> 0,8$ en las 5 preguntas del instrumento PEDT 5 al igual que en el cuestionario NIH CPSI que indica la alta fiabilidad de los dos cuestionario los cuales están presentes en los anexos 3 y 4 respectivamente.

4.6 ASPECTOS ETICOS

Todos los procedimientos del presente estudio tratan de preservar la integridad y los derechos fundamentales de los pacientes sujetos a investigación, de acuerdo con los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y de ética en investigación biomédica. Se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos.

Se presentará al Comité de Ética de la Universidad Ricardo Palma previamente al inicio del estudio para su aprobación como Institución Reguladora a nivel local en investigación.

Previo inicio del trabajo de campo se realizará una capacitación basada en Buenas Prácticas en Investigación Clínica al personal en calidad de Investigadores asociados accediendo al link: <http://gcp.nidatraining.org/> de manera gratuita con la finalidad de establecer normas y prevenir la violación del protocolo de investigación, así como guardar la confidencialidad de los pacientes en el estudio.

Se incluirán a todos los pacientes sin importar la minoría étnica, grupo racial ni opción sexual.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

Estadístico Univariado:

| VARIABLE | n=112 | |
|----------------------------|-------------------------|-------|
| Edad | 33.85 ± 10,04 (20 a 65) | |
| Dolor | n | % |
| Menor a 5 puntos | 12 | 10,71 |
| Mayor igual a 5 puntos | 100 | 89,29 |
| Síntomas urinarios | | |
| Sin síntomas | 72 | 64,29 |
| Con síntomas | 40 | 35,71 |
| Calidad de Vida | | |
| Menor a 4 puntos | 10 | 8.93 |
| Mayor Igual a 4 puntos | 102 | 91,07 |
| Uso de preservativo | | |
| Usa | 51 | 45,54 |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|-------|
| No usa | 61 | 54,46 |
| IMC | 24,16 ± 3,01 (16 a 43,4) | |
| Sexo Anal | | |
| No | 59 | 52,68 |
| Si | 53 | 47,32 |
| Clamydia | | |
| Ausente | 86 | 76,79 |
| Presente | 26 | 23,21 |
| Eyacuación precoz | | |
| No | 73 | 65,18 |
| Si | 39 | 34,82 |

Tabla N°1: Cuadro de resumen de variables, promedio, frecuencias

Fuente: Base de datos de 112 pacientes encuestados con sintomatología de prostatitis crónica III A/ B en el periodo de 2019-2020 de la Clínica Lima del Mar

En la muestra de 112 pacientes exclusivamente varones dada la patología a estudiar; la edad varió en un rango de 20 a 65 años con un promedio de $33,85 \pm 10,04$; la variable dolor fue dividido en dos grupos según la escala de sintomatología de severidad clasificada por la herramienta de instrumento NIH-CPSI presentación menor de 5 puntos un grupo de 12 pacientes con un porcentaje de 10,71% y en mayor igual a 5 puntos 100 de los pacientes representando un porcentaje de 89,29%; en persistencia

a síntomas urinarios no presentaron síntomas 72 pacientes simbolizando un porcentaje de 64,29% y con presencia de síntomas urinarios un numero de 40 pacientes con un porcentaje de 35,71%; con respecto a calidad de vida se subdividió en dos grupos según la escala de puntaje de severidad de sintomatología de prostatitis crónica III A/B con la herramienta NIH-CPSI en un puntaje menor a 4 un numero de 10 pacientes con un porcentaje de 8,93%, y mayor igual a 4 son 104 con un porcentaje significativo de 91,07%

En el Uso de preservativo se vio que de la muestra solo 51 pacientes lo usaban con un porcentaje de 45,54% y en contrario 61 pacientes no lo usaban representando un porcentaje de 54,46%.

El IMC vario en un rango de 16 a 43.3 dando un promedio de 24.16 ± 3.01 que según OMS es considerado en intervalos normales

En el comportamiento sexual la practica sexo anal no lo realizaron 59 pacientes con un porcentaje de 52.68% y 53 si lo realizaban mostrando un porcentaje de 47.32%

En la variable Clamidia se vio presencia en 26 pacientes figurando un porcentaje de 23.21% y la ausencia en 86 con porcentaje 76.79%.

En eyaculación precoz se vio presente en 39 pacientes manifestando un porcentaje de 34.82% y ausente en 73 pacientes con un porcentaje de 65.18%

Análisis bivariado:

Después de realizar el análisis univariado para establecer las variables que tengan diferencia significativa entre los grupos, se sigue a ejecutar el análisis bivariado, usando Prueba Exacta de Fisher

Tabla N°2: Asociación de eyaculación precoz con sintomatología severa y no severa en pacientes con prostatitis crónica IIIA/B de la Clínica Lima del Mar Centro Especializado

| VARIABLE | NIHCPSI | | | | P |
|---------------------------|----------------------|---------|----------------------|-------|-------|
| | Sin síntomas severos | | Con síntomas Severos | | |
| | n=105 | 93.75 % | n=7 | 6.25% | |
| Eyaculación precoz | | | | | |
| No | 68 | 93.15 | 5 | 6.85 | 0.535 |
| Si | 37 | 94.87 | 2 | 5.13 | |

Fuente: Base de datos de 112 pacientes encuestados con sintomatología de prostatitis crónica III A/ B en el periodo de 2019-2020 de la Clínica Lima del Mar

En la muestra de 112 pacientes con sintomatología de prostatitis crónica evaluados según la escala de puntajes de NIHCPSI en donde dividimos en sintomatología severa a partir de 30 puntos e inferior a este puntaje son moderados a leves, al asociarlo a nuestra variable eyaculación precoz vemos que en pacientes sin sintomatología severa está presente la eyaculación precoz en n=37 con un porcentaje de 94.8% asimismo no presentan eyaculación precoz n=68 con un porcentaje 93,1%.

Con respecto a pacientes severidad en sintomatología de prostatitis crónica que tengan eyaculación precoz n=5 con un porcentaje 6,8% y sin eyaculación precoz n=2 con un porcentaje 5,13%; en el cual el resultado final estadísticamente no hay significancia (p=0,720).

Tabla N°3: Frecuencia de síntomas Urinarios en pacientes con sintomatología de prostatitis Crónica IIIA/B

| Paciente con sintomatología de prostatitis crónica IIIA/B | | |
|--|----------------------|----------|
| VARIABLE | N^a | % |
| Síntomas urinarios | | |
| Con síntomas | 40 | 35,71 |
| Sin síntomas | 72 | 64,29 |

Fuente: Base de datos de 112 pacientes encuestados con sintomatología de prostatitis crónica III A/ B en el periodo de 2019-2020 de la Clínica Lima del Mar

Elaboración: propia

De la población total de 112 varones con sintomatología de prostatitis crónica un 35,71% presento prevalencia de síntomas urinarios.

Tabla 4: Frecuencia de Dolor en pacientes con sintomatología de prostatitis Crónica IIIA/B

| Paciente con sintomatología de prostatitis crónica IIIA/B | | | |
|--|---------------|----------------------|----------|
| VARIABLE | SEVERO | N^a | % |
| Dolor | | | |
| Puntaje mayor a 5 | si | 100 | 89,29 |
| Puntaje menor a 5 | no | 12 | 10,71 |

Fuente: Base de datos de 112 pacientes encuestados con sintomatología de prostatitis crónica III A/ B en el periodo de 2019-2020 de la Clínica Lima del Mar

Elaboración: propia

De la población total de 112 varones con sintomatología de prostatitis crónica un 89,29 % presento prevalencia de dolor severo.

Tabla N°5: Características Clínicas asociadas a severidad de sintomatología en pacientes con prostatitis crónica IIIA/B Clínica Lima del Mar Centro Especializado.

| VARIABLE | NIHCPSI | | | | P |
|--------------------------------------|----------------------|---------|----------------------|-------|--------|
| | Sin síntomas Severos | | Con síntomas Severos | | |
| | n=105 | 93.75 % | n=7 | 6.25% | |
| Edad | 34.01± 10.04 | | 31.43 ± 10.47 | | 0.5004 |
| Edad Categorizada | | | | | 0.588 |
| Menor a 30 años | 42 | 93.33 | 3 | 6.67 | |
| Mayor a 30 años | 63 | 94.03 | 6 | 5.97 | |
| Dolor | | | | | 0.442 |
| Menor a 5 puntos (leve – moderado) | 12 | 100% | 0 | 0% | |
| Mayor igual a 5 puntos (severo) | 93 | 93% | 7 | 7% | |
| Síntomas urinarios | | | | | 0.008 |
| Ausentes | 71 | 98.61 | 1 | 1.39 | |
| Presentes | 34 | 85.00 | 6 | 15.00 | |
| Calidad de Vida | | | | | 0.510 |
| Menor a 4 puntos(normal) | 10 | 100% | 0 | 0% | |
| Mayor Igual a 4 puntos(insatisfecho) | 95 | 93.14 % | 7 | 6.25% | |
| Uso de preservativo | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------|--------------|------------|--------------|-------|--------|
| Usa | 47 | 92.16 % | 4 | 7.84% | 0.400 |
| No usa | 58 | 95.08 % | 3 | 4.92% | |
| IMC | 24.18 ± 3.05 | | 23.76 ± 2.49 | | 0.9520 |
| IMC categorizado | | | | | 0.220 |
| Normal o bajo | 81 | 95.29 | 4 | 4.71 | |
| Obesidad o sobrepeso | 24 | 88.69 | 3 | 11.11 | |
| Sexo Anal | | | | | 0.075 |
| No | 53 | 89.83 | 6 | 10.17 | |
| Si | 52 | 98.11 | 1 | 1.89 | |
| Clamydia | | | | | 0.514 |
| Ausente | 81 | 94.19 | 5 | 5.81 | |
| Presente | 24 | 92.31 | 2 | 7.69 | |

Fuente: Base de datos de 112 pacientes encuestados con sintomatología de prostatitis crónica III A/ B en el periodo de 2019-2020 de la Clínica Lima del Mar.

En la Tabla 5 el objetivo es demostrar un cuadro resumen de la asociación de las diferentes variables independientes con la variable dependiente: severidad de la sintomatología de prostatitis. Nuestra muestra se dividió en dos grupos según la variable dependiente clasificada por la escala de puntaje de NIH-CPSI donde puntaje mayor a 30 que indica severidad e inferior a puntaje 30 indica grado leve a moderado

En el caso de las variables cualitativas, estas fueron evaluadas utilizando la tabla de contingencia la Prueba Exacta de Fisher por tener frecuencias esperadas <5.

Las dos variables cuantitativas, edad e índice de masa corporal (IMC) primero fueron evaluadas para determinar si cumplían el supuesto de normalidad, Se procedió a categorizar con respecto a la edad teniendo un punto de corte de 30 años por la literatura e IMC según la escala de OMS en dos: normal o bajo y obesidad o sobrepeso; luego aplicar la prueba Exacto de Fisher

Con respecto a las edades el promedio fueron $34,01 \pm 10,04$ y $31,43 \pm 10,47$ respectivamente con una diferencia entre los grupos no significativa ($p=0,5004$)

Al categorizarla desde el punto de corte mayor a 30 años con sintomatología severa $n=6$ con un porcentaje 5.97% y sin sintomatología severa $n=63$ con un porcentaje de 94,03%. En menores de 30 años con síntomas de severidad $n=3$ con porcentaje 6.67% y sin sintomatología severa $n=42$ con porcentaje de 93.33%; con un resultado no significativo estadísticamente ($p=0.588$).

En cuanto IMC un promedio fue $24,18 \pm 3,05$ y $23,76 \pm 2,49$ respectivamente lo cual no indica asociación ($p=0,9520$) Que al categorizarlo lo vamos a dividir en dos grupo el primero en normal-bajo en donde asociado presencia de sintomatología severa $n=4$ con porcentaje 4.71%; el segundo en : obesidad-sobrepeso asociado a con presencia de sintomatología severa $n=3$ con porcentaje 11.11% y por el otro lado en ausencia de sintomatología severa $n=24$ con porcentaje 88.69%; con un resultado final estadísticamente no significativo ($p=0.220$).

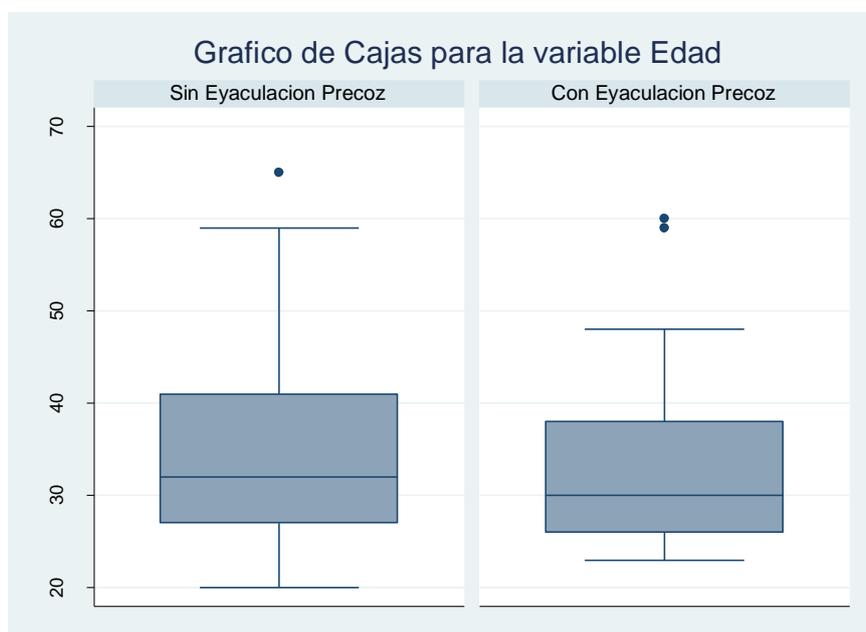
Asimismo, en cuanto a la escala del dolor se categoriza en dos grupos según la escala de puntaje de NIH-CPSI donde mayor a 5 ya se habla de presencia de dolor y menor a 5 está ausente; con puntaje mayor a 5 escala asociado a no severidad se habla $n=93$ con porcentaje de 93% y severidad $n=7$ con porcentaje 7% y en el grupo con puntaje menor a 5 asociado a severidad $n=0$ con porcentaje 0% y en ausencia de severidad $n= 12$ con porcentaje 100% que demuestra diferencia entre los grupos no significativa ($p=0, 442$) .En calidad de vida se subdivide en dos grupos según la escala de puntaje de NIH-CPSI donde mayor a 4 hay severa

alteración en la calidad de vida y menor a 4 es leve la alteración; con respecto a puntaje menor a 4 asociado a no severidad n= 10 con un porcentaje 100% y con severos con n=0 con un porcentaje de 0% y por el otro lado el grupo con puntaje mayor a 4 en presencia de severidad n=7 en porcentaje 6.25% y sin severidad n=95 con porcentaje 93,14% que nos da estadísticamente un valor no significativo ($p=0,510$)

En relación con sexo anal con respecto a ausencia de sintomatología severa, no lo realizaron n=53 con porcentaje 89.83%, los que lo realizaron n=52 con porcentaje de 98,11%, ahora con presencia de severidad: que no lo realizaron n=6 con un porcentaje de 10,17% y los que lo realizaron 1 con un porcentaje de 1.89% que nos da una valoración no significativa ($p=0,075$)

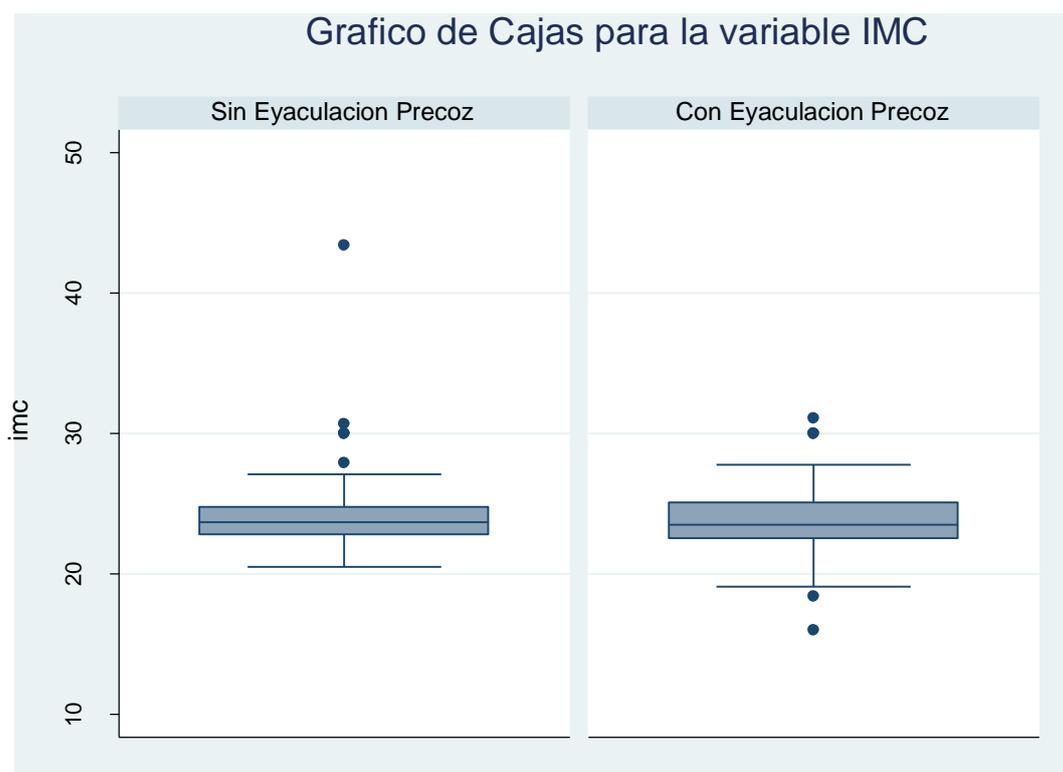
Con relación a la clamidia la ausencia de este en pacientes sin severidad es n=81 con un porcentaje de 94,19% y con presencia n=24 con 92.3%, del mismo modo en pacientes severos con ausencia de clamidia n=5 con un porcentaje de 5,81% y presencia de ella n=2 con un porcentaje 8,69% que nos arroja estadísticamente no significancia ($p=0,514$).

Figura 2. Asocian de la edad y con eyaculación precoz en pacientes con prostatitis crónica IIIB/ Síndrome doloroso pélvico crónica.



En el gráfico se observa que la edad en los pacientes con eyaculación precoz es menor que la edad en los pacientes sin eyaculación precoz. Esta diferencia observada no fue estadísticamente significativa y no tuvo diferencias significativas, luego de hacer la comparación de medias mediante la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis por rangos, luego de evaluar la normalidad con la prueba de Shapiro Wilk que determinó que las muestras no cumplían con el supuesto de normalidad.

Figura 3. Asociación de IMC y la eyaculación precoz en pacientes con prostatitis crónica IIIB/ Síndrome doloroso pélvico crónica.



En el gráfico se observa que el IMC en los pacientes sin eyaculación precoz es menor que los pacientes con eyaculación precoz. Esta diferencia observada no fue estadísticamente significativa y no tuvo diferencias significativas, luego de hacer la comparación de medias mediante la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis por rangos, luego de evaluar la normalidad con la prueba de Shapiro Wilk que determinó

que las muestras no cumplían con el supuesto de normalidad y hay antecedentes como el estudio realizado por Zhang X et al en el 2013 da como resultado significativo que el IMC es elevado al igual que diferentes comorbilidades en pacientes con eyaculación precoz ⁽¹³⁾

Figura 4. Asociación de la presencia de anticuerpos anti clamidia positivos en pacientes con prostatitis crónica

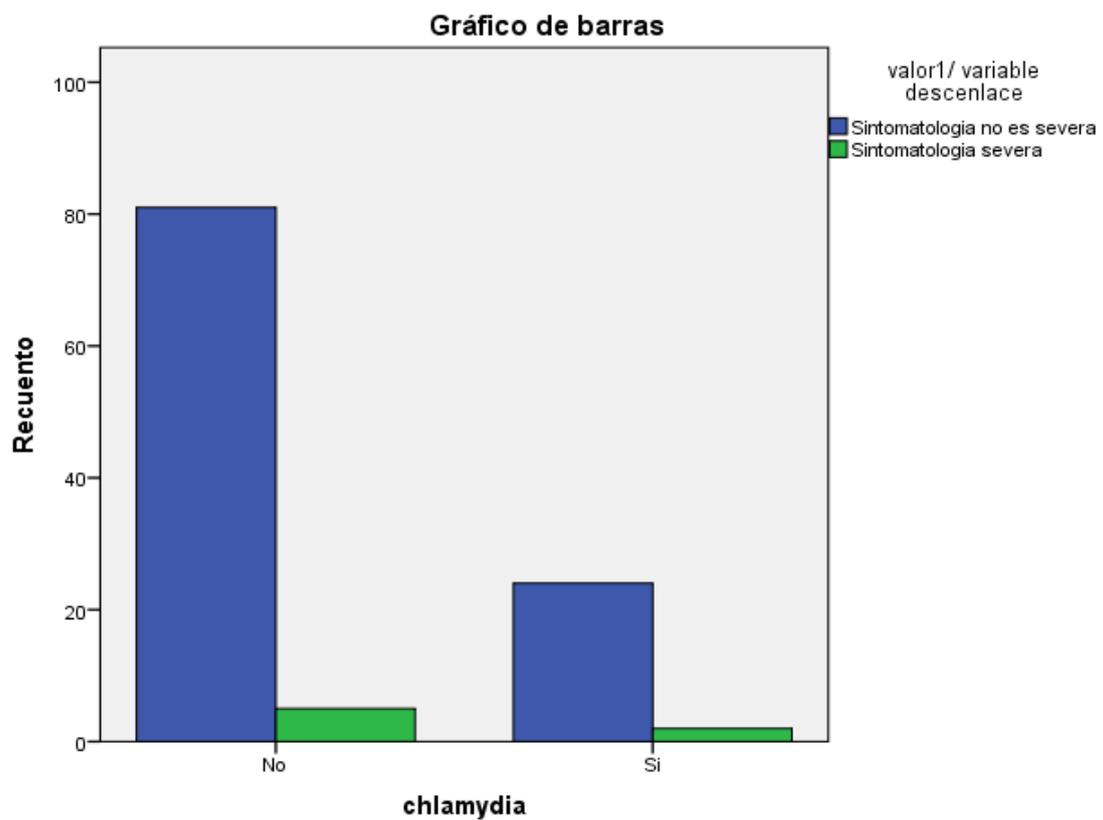


Tabla 6: Asociación de la presencia de anticuerpos anti clamidia positivos en pacientes con prostatitis crónica

| NIHCPSI | | | | | |
|----------|----|--------------------------|-----------------------|-------|-------|
| | | Sintomatología no severa | Sintomatología severa | TOTAL | CHI2 |
| Clamidia | No | 81 | 5 | 86 | 0.514 |
| | Si | 24 | 2 | 26 | |
| Total | | 105 | 7 | 112 | |

Fuente: procesamiento de la base de datos 112 pacientes (2020)

La relación entre la presencia de anticuerpos anti clamidia positivos en pacientes con prostatitis crónica. La asociación de pacientes que no tienen presencia de Chlamydia con la sintomatología que no es severa es de 94% (n=81) relacionándose con los pacientes con sintomatología severa de 6% (n = 5), en total no tienen presencia de Chlamydia el 77% (n =86). En los pacientes que si tienen presencia de Chlamydia con sintomatología que no es severa 92% (n = 24) y los que presentan sintomatología severa en 8% (n = 2), los pacientes que si tienen presencia de Chlamydia es del 23% (n = 26). En el que se obtuvo un Chi2 =0.120 con que se ve no significancia

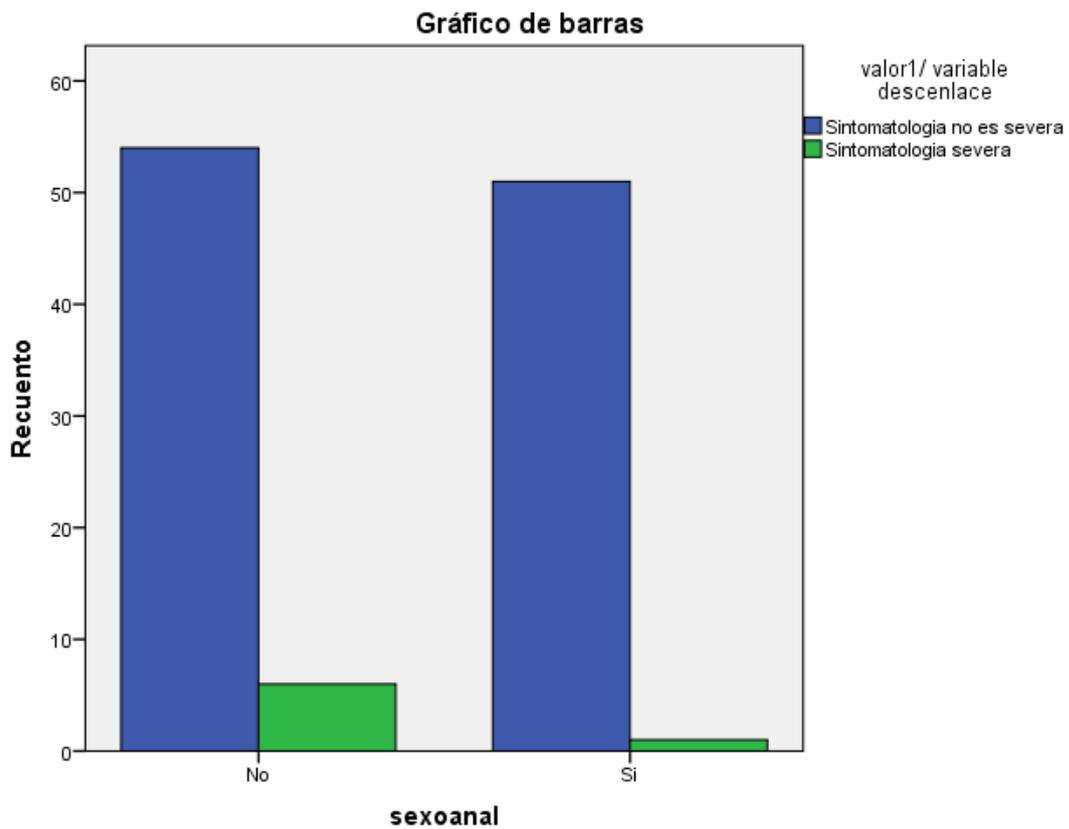
Tabla 7: Asociación de la orientación de la práctica sexual anal y no uso de preservativo con la severidad sintomatológico de pacientes con prostatitis crónica IIIA/B

| NIHCPSI | | | | | |
|-----------|----|--------------------------|-----------------------|-------|-------|
| | | Sintomatología no severa | Sintomatología severa | TOTAL | CHi2 |
| Sexo Anal | Si | 51 | 1 | 52 | 0.083 |
| | No | 54 | 6 | 60 | |
| Total | | 105 | 7 | 112 | |

Fuente: procesamiento de la base de datos 112 pacientes (2020)

Elaboración Propia

Figura 4: Asociación de la orientación de la práctica sexual anal y no uso de preservativo con la sintomatología de dolor pélvico crónico



Se observa la relación entre la orientación de la práctica sexual anal y no uso de preservativo con la sintomatología de dolor pélvico crónico. La asociación de pacientes que practican el sexo anal con la sintomatología que no es severa es de 90% (n=54) relacionándose con los pacientes con sintomatología severa de 10% (n = 6), en total no practican el sexo anal el 54% (n =60). En los pacientes que si practican el sexo anal con sintomatología que no es severa 98% (n = 51) y los que presentan sintomatología severa en 2% (n = 1), los pacientes que si practican el sexo anal es del 46% (n = 52). Con un $\chi^2 = 0.083$ lo que indica no significancia en la relación.

Tabla N°8: Asociación de variables mediante razón de prevalencia en pacientes con sintomatología de prostatitis crónica IIIA/B

| VARIABLE | Sin síntomas severos | | Con síntomas no severos | | RP crudo | p | IC 95% |
|----------------------------|----------------------|---------|-------------------------|-------|----------|-------|-----------|
| | n=105 | 93.75 % | n=7 | 6.25% | | | |
| Edad Categorizada | | | | | | | |
| Mayor a 30 años | 63 | 94.03 | 6 | 5.97 | 0.97 | 0.565 | 0.88-1.07 |
| Menor a 30 años | 42 | 93.33 | 3 | 6.67 | | | |
| Uso de preservativo | | | | | | | |
| No usa | 58 | 95.08 % | 3 | 4.92% | 1.59 | 0.530 | 0.37-6.84 |
| Usa | 47 | 92.16 % | 4 | 7.84% | | | |
| IMC categorizado | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------|----|-------|---|-------|------|-------|-----------|
| Obesidad o sobrepeso | 24 | 88.69 | 3 | 11.11 | 2.36 | 0.242 | 0.56-9.96 |
| Normal o bajo | 81 | 95.29 | 4 | 4.71 | | | |
| Sexo Anal | | | | | | | |
| Si | 52 | 98.11 | 1 | 1.89 | 0.19 | 0.115 | 0.02-1.51 |
| No | 53 | 89.83 | 6 | 10.17 | | | |
| Clamidia | | | | | | | |
| Presente | 24 | 92.31 | 2 | 7.69 | 1.32 | 0.730 | 0.27-6.47 |
| Ausente | 81 | 94.19 | 5 | 5.81 | | | |

Fuente: Base de datos de encuestas realizadas de NIHCPSI Y PEDT 5 desde 2019-2020 del Centro Especializado Clínica Lima del Mar Centro Especializado

Elaboración: propia

En la tabla 8 se realizó un análisis bivariado donde la medida de asociación en el estudio de prevalencia fue razón de prevalencia; se usó regresión de poisson con una variable por vez; la primera variable para analizar fue edad categorizada en dos grupos menor y mayor a 30 años donde el $R_p=0.97$ con IC 95% (0.88-1.07) y un $p = 0.565$ lo que nos da estadísticamente no significativo.

En IMC categorizada en dos grupos el primero en normal o bajo y el segundo en obesidad o sobrepeso donde el $R_p= 2.36$ con IC95% (0.56-9.96) con un $p=0.242$ lo que nos demuestra estadísticamente no significativo.

En la variable uso de preservativo fue dividida en 2 categorías uno si usaba preservativo y segundo no usaba preservativo logrando un $R_p=1.59$ con un IC95% (0,37- 6,84) y un $p=0.530$, indicando estadísticamente no significativo.

En Sexo Anal se categorizo en dos, la primera como si tuvo sexo anal y el segundo como no tuvo sexo anal donde dio como respuesta un Rp de 0.19 con IC 95% (0,02-1,51) con $p=0,115$ hallándose estadísticamente no significativo.

En el ítem Clamidia se dividió en dos 2 categorías, la primera con variable ausente y la segunda presente con un $Rp= 1,32$ con IC95% (0,27-6,47) y con $p=0,730$ indicando estadísticamente no significativo.

Tabla N°9: Asociación de eyaculación precoz con severidad de sintomatología de prostatitis crónica IIIA/B

| VARIABLE | Sin Eyaculación precoz | | Con eyaculación precoz | | RP crudo | p | IC95% |
|-------------------------|------------------------|--------|------------------------|---------|----------|-------|-----------|
| | n=73 | 65.18% | n=39 | 34.82 % | | | |
| Síntomas severos | | | | | | | |
| Si | 5 | 71.43 | 2 | 28,57 | 0,81 | 0,733 | 0,24-2,71 |
| No | 68 | 64,76 | 37 | 35,24 | | | |

Fuente: Base de datos de encuestas realizadas de NIHCPST Y PEDT 5 desde 2019-2020 del Centro Especializado Clínica Lima del Mar Centro Especializado

Cuadro bivariado donde la asociación se midió por razón de prevalencia con regresión de poisson la asociación de eyaculación precoz a presencia síntomas severos o ausencia de síntomas severos me da un Rp 0,81 con IC95% (0.24-2,71) con una $p =0,733$ no demostrando significativo. Al igual que se puede ver una frecuencia de eyaculación precoz con síntomas severos en un 28,57%.

5.2. Discusión de resultados

El propósito de la investigación ha sido determinar si la eyaculación precoz se encuentra asociada a la sintomatología de dolor crónico pélvico prostatitis en una clínica privada especializada en el periodo 2019 – 2020, la herramienta presentada National Institutes of Health Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH CPSI) en la cual su utilidad nos ayuda a examinar indicadores de dolor, síntomas urinaria y calidad de vida en pacientes con sintomatología de prostatitis crónica; Al igual que el PEDT 5 que nos indica saber si hay ausencia , probabilidad o diagnóstico de eyaculación precoz. El objetivo del trabajo era determinar si la eyaculación precoz está correlacionada a la sintomatología de dolor crónico pélvico prostatitis y este se asoció a diferentes variables como edad, IMC, uso de preservativos, presencia de clamidia, comportamiento sexual de prácticas contranatura, si hay persistencia de dolor de síntomas urinarios y calidad de vida; todo ello tabulado y examinado por datos de recolección como los 2 cuestionarios ya mencionados (NIHPCSI y PEDT 5) y al comparar diferentes resultados como por Lee JH Lee SW y colaboradores en el 2014, edad promedio fue de 50.4 ± 5.5 años también usando herramientas NIHPCSI y PEDT5 donde resultado el puntaje PEDT tenía una correlación positiva significativa con el puntaje del dominio de dolor NIH-CPSI con valor significativo $P < 0.001$ ⁽¹²⁾ con lo obtenido con nosotros de 34 a 31 ± 10.4 pero no tuvimos valor significativo en la correlación PEDT 5 y NIHPCSI ya que contamos sesgo por poca muestra y en el cual las encuestas fueron virtuales y puede que esto haya sido un límite puesto que para un hombre puede ser un tabú admitir tener eyaculación precoz.

Para la hipótesis específica 1 si existe gran prevalencia de dolor en vías urinarias en la población de estudio en el estudio bivariado se puede cotejar en los dos antecedentes nacionales el primero por Gonzalo Rodríguez B. en el año 2019 donde por su estudio se halló significancia asociadas a severidad de dolor en la prostatitis crónica/dolor pélvico crónico $p=0.042$ ⁽¹⁶⁾ a diferencia del estudio por Peñaranda Hinojosa, A. en el año 2019 donde aproximadamente el 58.9 presento síntomas urinarios pero sin hallazgo estadístico significativo $p=0.297$ ⁽¹⁷⁾

al igual que nuestro estudio donde nuestro objetivo salió estadísticamente no significativo con $p=0.344$

Para la hipótesis 2 hallar la prevalencia de dolor en pacientes con prostatitis crónica se halló estudios nacionales relacionados el primero por Peñaranda Hinojosa, A en el año 2019 donde se observa de 230 (60.37%) encuestados presentaban dolor asociado a prostatitis, 224 (58.9%) síntomas urinarios⁽¹⁶⁾, y en estudios como por Jong Kyou Kwon donde es importante recordar este objetivo porque el dolor en estos pacientes es persistente e incapacitante es el sello distintivo de la prostatitis crónica / síndrome de dolor pélvico crónico (CP / CPPS), la gravedad de la enfermedad solo está marginalmente relacionada con la severidad del dolor, y su presentación difiriendo ampliamente entre las personas siendo la depresión muy asociada a constancia de la severidad reportada del dolor ⁽²⁵⁾ en nuestra investigación resultó sin significancia estadística $p=0.728$ comparando con el primer estudio que también dio no significativa $p=0.298$ y esto en nosotros es porque la mayor población que hubo fue dolor moderado a leve así provocando el sesgo de la muestra pero en el resultado univariado veremos que clínicamente 100% de pacientes tiene un dolor permanente.

En tercer punto de investigación que era establecer un nivel de asociación entre las características clínicas (edad, IMC) asociadas a la presentación de eyaculación precoz en pacientes con prostatitis crónica IIIB/ Síndrome doloroso pélvico crónico como hallazgo concordante con los resultados hallados por Zhang X et al, en el años 2013 incluyó a 1.988 pacientes referían eyaculación precoz, con una edad media y un índice de masa corporal (IMC) de 35.52 ± 10.38 años y 25.34 ± 4.51 kg / m, respectivamente, donde los pacientes tuvieron las edades medias y IMC más altas al igual que varias comorbilidades, incluyendo trastorno del deseo sexual, el grupo disfunción eyaculatoria precoz tuvo un resultado más bajo de relaciones sexuales que otros grupos y más altas en ansiedad y depresión con significancia $P < 0.01$ ⁽¹³⁾ a comparación de nuestro

estudio donde el IMC fue entre $24-23 \pm 2.09$ pero que no llegamos a tener un valor significativo por el sesgo en la muestra, con $p = 0.952$

En la hipótesis 4, la cual se buscaba la presencia de anticuerpos anti clamidia positivos asociados a pacientes con prostatitis crónica que al revisar la literatura en los antecedentes un estudio realizado por Tommaso Cai, et al en el año 2014 trabajo con 4 instrumentos de recolección NIH-CPSI, PEDT 5, IIEF-15-EFD, SF-36 tuvo donde se obtuvo pacientes afectados por bacterias uteropatogenas debido a clamidia tenían significancia en recurrencias sintomáticas con un efecto más severo en la calidad de vida con un valor de significancia $p < 0.001$ ⁽¹⁵⁾ además de un estudio nacional por Gonzalo Rodríguez B. en el año 2019 donde su único instrumento fue NIH-CPSI donde la identificación de Chlamydia trachomatis en 65 pacientes, resulto positivo en solo 10.77% ($n=7$) de pacientes y negativo en 89.23% ($n=58$), con $p = 0.94$ ⁽¹⁷⁾ el cual salió sin significancia y lo cual concuerda con nuestra investigación en el estudio bivariados donde la presencia de clamidia en sintomatología severa de NIH-CPSI asociado a presencia de eyaculación precoz $p = 0.57$ ambos datos demuestran no significancia, que se puede deber a falta de exámenes de laboratorio completos en esta población y por el sesgos de muestra en pacientes con sintomatología severa.

Finalmente se plantea que la orientación de la práctica sexual anal y no uso de preservativo tiene asociado con la sintomatología de dolor pélvico crónico se confronta con un estudio nacional por Gonzalo Rodríguez B. en el año 2019 donde el análisis del antecedente de sexo anal del total de pacientes son 85, 21.18% ($n=18$) niegan tener antecedente de practica de sexo anal y se logró obtener un 78.82% ($n=67$) que sí reportan el antecedente de sexo anal con una $p = 0.446$ ⁽¹⁷⁾ que no demuestra significancia estadística pero si clínica al igual que nuestro estudio realizado donde vemos que pacientes con sintomatología de prostatitis crónica el 52% si tuvo relaciones contranatura aun la $p = 0.071$ no sea significativa pero si de importancia clínica.

Como discusión final hubo sesgo en la muestra por ser pequeña y ser una población aun es estudio y lo también nos lleva a pensar que sin importar la severidad de prostatitis hay que buscar eyaculación precoz, así como si hay la presencia de eyaculación precoz buscar como diagnostico prostatitis crónica

CONCLUSIONES

1. La asociación de eyaculación precoz a grado de severidad en pacientes con sintomatología de prostatitis crónica no dio significancia en este estudio, pero hay importancia clínica y etiológica existiendo muchos estudios que los respaldan, lo que no indica que la eyaculación precoz no solo se presenta en sintomatología severa sino leve a moderada por ello si hay diagnóstico de eyaculación buscar diagnóstico de prostatitis crónica III A/B
2. La edad, el IMC son variables escasamente estudiadas por análisis bivariado, por ello se necesita mayor énfasis en el estudio de esto.
3. La muestra se vio delimitada por el escaso número de casos causando un sesgo siendo un poco estudiado, asimismo es una población con disminución de calidad de vida por falta del apoyo adecuado a este diagnóstico.
4. La variable dolor, síntomas urinarios, calidad de vida clasificadas por un puntaje en el cuestionario de NIH-CPSI nos dio no significancia con respecto a asociación a severidad de sintomatología en pacientes protáticos o presencia a eyaculación precoz por el sesgo ya que se vio que si hay literatura que apoya a valores significativos.
5. Sexo anal y Presencia de Clamidia se ve en diferentes estudios que, si producen cambios en el estilo de vida, aunque en nuestro estudio no se demostró significativamente, pero si se vio en práctica sexual contranatura un porcentaje de asociación de 57% lo cual si nos llama la atención para mayor estudio.

RECOMENDACIONES

- ✓ Trabajar en apoyo de psiquiatría o psicología en estos pacientes con asociación a eyaculación precoz pues es un punto importante en la mejoría de calidad de vida y de infectología por hallar estadística significativa en asociación a enfermedades de transmisión sexual.
- ✓ Hacer mayores estudios y a mayor profundidad de estos pacientes por la poca información de esta patología, realizar exámenes a todo paciente con eyaculación precoz para descartar prostatitis crónica ya que en la clínica el paciente puede estar asintomático o con grado leve a moderado pero presentar eyaculación precoz.
- ✓ Realizar screening temprano de patologías urológicas podría ser valioso para la población estudiada debido a que hay un buen grupo que presenta síntomas o molestias de vías urinarias, afectando su estabilidad emocional.
- ✓ Efectuar políticas públicas que incluyan dentro de sus prácticas clínicas, la aplicación del NIH CPSI desde el primer día de consulta y realizar controles mediante la toma de mensual o trimestral del instrumento NIH CPSI.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leskinen MJ. Male chronic pelvic pain syndrome: aetiology, symptom evaluation and treatment. [Tampere]: Tampere University Press: Taju [jakaja]; 2003.
2. Chung E, Gilbert B, Perera M, Roberts MJ. Premature ejaculation: A clinical review for the general physician. Aust Fam Physician. octubre de 2015;44(10):737-43.
3. Alcoba Valls SL, García-Giralda Ruiz L, San Martín Blanco C. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales: atención primaria de calidad. Madrid: International Marketing & Communications; 2004.
4. Bliumberg BI, Shatylko TV, Tverdokhleba SA, Fomkin RN, Voskoboïnikova IV. [Combination therapy of prostatitis-associated copulative dysfunction]. Urol Mosc Russ 1999. diciembre de 2014;(6):27-8, 30-2.
5. Ryszard M. Pluta, MD, PhD. Prostatitis. Rev Am Med Assoc. 2012;1.
6. Mas M. [An update on ejaculation physiology and premature ejaculation definition, prevalence data, and etiology]. Semergen. julio de 2014;40 Suppl 3:3-10.
7. Shamloul R, el-Nashaar A. Chronic prostatitis in premature ejaculation: a cohort study in 153 men. J Sex Med. enero de 2006;3(1):150-4.
8. Eyaculación precoz [Internet]. 2011 [citado 28 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.webconsultas.com/eyaculacion-precoz/eyaculacion-precoz-2401>
9. Xing J-P, Fan J-H, Wang M-Z, Chen X-F, Yang Z-S. [Survey of the prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation]. Zhonghua Nan Ke Xue Natl J Androl. septiembre de 2003;9(6):451-3.

10. ASOCIACIÓN ENTRE LA PROSTATITIS CRÓNICA Y LA EYACULACIÓN PRECOZ [Internet]. [citado 28 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/resiic-redes.php/97612>
11. PressReader.com - Periódicos de alrededor del mundo. [Internet]. [citado 28 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.pressreader.com/peru/diario-expreso-peru/20160906/282716226439729>
12. Lee JH, Lee SW. Relationship between premature ejaculation and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Sex Med.* marzo de 2015;12(3):697-704.
13. Zhang X, Gao J, Liu J, Xia L, Yang J, Hao Z, et al. Distribution and factors associated with four premature ejaculation syndromes in outpatients complaining of ejaculating prematurely. *J Sex Med.* junio de 2013;10(6):1603-11.
14. Screponi E, Carosa E, Di Stasi SM, Pepe M, Carruba G, Jannini EA. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Urology.* agosto de 2001;58(2):198-202.
15. Cai T, Pisano F, Magri V, Verze P, Mondaini N, D'Elia C, et al. Chlamydia trachomatis infection is related to premature ejaculation in chronic prostatitis patients: results from a cross-sectional study. *J Sex Med.* diciembre de 2014;11(12):3085-92.
16. Hinostroza P, Santiago A. Asociación entre prostatitis crónica y eyaculación precoz en adultos jóvenes de una Universidad Peruana, Lima, Peru. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2019 [citado 28 de febrero de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1892>
17. BGONZALO.pdf [Internet]. [citado 28 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1782/BGONZALO.pdf?sequence=1>

18. La función sexual del hombre y el suelo pélvico [Internet]. EfeSalud. 2015 [citado 28 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.efesalud.com/la-funcion-sexual-del-hombre-y-el-suelo-pelvico/>
19. Quispe_Lupaca_Jorge_Luis.pdf [Internet]. [citado 28 de febrero de 2020]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/8233/Quispe_Lupaca_Jorge_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
20. Wespes E, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, et al. Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz. 2009;58.
21. prostatitis.pdf [Internet]. [citado 2 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.sau-net.org/comites/educacion/fasciculos/prostatitis.pdf>
22. [Classification, Etiology, Diagnosis and Treatment of Prostatitis. Other Types of Prostatitis. Acute and Chronic Prostatitis] - PubMed [Internet]. [citado 2 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16854358-classification-etiology-diagnosis-and-treatment-of-prostatitis-other-types-of-prostatitis-acute-and-chronic-prostatitis/>
23. (PDF) Treatment of premature ejaculation [Internet]. [citado 2 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/257730910_Treatment_of_premature_ejaculation
24. De la Cruz – Vargas JA. Correa Lopez LE, Alatriza – Gutierrez de Bambarem M del S. Sanchez Carlessi HH. Luna Muñoz C, Loo Valverde M. Et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades; experiencia del Curso de Taller de Titulación de Tesis . Educ Medica. 1 Julio 2019. 20(4):199-205.

25. Pain, Catastrophizing, and Depression in Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome - PubMed [Internet]. [citado 7 de marzo de 2020]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23869268-pain-catastrophizing-and-depression-in-chronic-prostatitischronic-pelvic-pain-syndrome/?from_term=chronic+prostatitis%2C+persistence+of+pain&from_pos=4

ANEXOS

ANEXO A.1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | INDICADORES |
|--|---|---|----------------------------|---|
| ¿Está la eyaculación precoz asociada a la severidad de la sintomatología de dolor pélvico crónico- prostatitis crónica en una entidad privada especializada en el periodo 2019 - 2020? | Objetivo general: Determinar si la eyaculación precoz está asociada a la severidad de la sintomatología de dolor crónico pélvico prostatitis en una clínica privada especializada en el periodo 2019 – 2020 | La hipótesis nula (Ho): H0: La sintomatología severa de Dolor Pélvico Crónico - prostatitis crónica IIIA/B no aumenta la probabilidad de asociación eyaculación precoz. | <u>Eyaculación precoz</u> | Disfunción sexual caracterizada por una eyaculación en la cual siempre o casi siempre se produce antes o dentro de aproximadamente un minuto después de la penetración vaginal. |
| | | | Prostatitis <u>Crónica</u> | Patología Urológica caracteriza por dolor, molestias al orinar y un deterioro importante de la <u>calidad de vida</u> . |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>Objetivos específicos:</p> <p>-Estimar la prevalencia de síntomas urinarios en la población de estudio</p> <p>-Estimar la prevalencia de dolor en pacientes con prostatitis crónica IIIA/B</p> <p>-Determinar si las características clínicas (edad, IMC, sexo) se encuentran asociadas a severidad de sintomatología en pacientes con prostatitis crónica IIIA/B.</p> <p>-Determinar si la presencia de anticuerpos anti clamidia positivos están asociada a sintomatología de severidad en pacientes con prostatitis crónica III A/B</p> <p>-Determinar si la orientación de la práctica sexual anal y no uso</p> | <p>La hipótesis alterna (H1):</p> <p>H1: La eyaculación precoz está asociada a severidad en sintomatología de pacientes con prostatitis crónica IIIA/B.</p> <p>Hipotesis específicas</p> <p>- Existe alta prevalencia de dolor en pacientes con sintomatología de prostatitis crónica.</p> <p>-Existe alta prevalencia de síntomas vías urinarias en la población de estudio</p> <p>-Las características clínicas (edad, IMC, sexo) se encuentran asociadas a la presencia de eyaculación precoz en pacientes con prostatitis crónica IIIB/ Síndrome doloroso pélvico crónica.</p> | <p><u>Edad</u></p> | <p>Registro de años cumplidos en historia clínica</p> |
| | | <p><u>Sexo anal</u></p> | <p>Práctica sexual que consiste en la introducción del pene en el ano</p> |
| | | <p><u>Tipo de Prostatitis</u></p> | <p>Clasificación de las prostatitis, según sea la causa, el tiempo y la sintomatología.</p> |
| | | <p><u>Preservativo</u></p> | <p>Funda muy fina y elástica, hecha de látex u otra materia similar, que se coloca en el pene al realizar el coito</p> |
| | | <p><u>Tiempo de Diagnostico</u></p> | <p>Diferencia de tiempo entre la fecha del diagnóstico clínico con la fecha del diagnóstico patológico</p> |
| | | <p><u>Anticuerpos anti-Chlamydia trachomatis.</u></p> | <p>Presencia de IgG o IgA contra <i>Chlamydia Trachomatis</i> en</p> |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | <p>de preservativo está asociada con la sintomatología de prostatitis crónica IIIA/B.</p> | <p>-La presencia de anticuerpos anti clamidia positivos están asociados a sintomatología de severidad en pacientes con prostatitis crónica</p> <p>-La orientación de la práctica sexual anal y no uso de preservativo están asociado con la sintomatología de dolor pélvico crónico</p> | | <p>sangre, que es evidencia de infección aguda o crónica</p> |
|--|---|---|--|--|

ANEXO N2: OPERACIONES VARIABLES

| Variable | Indicador | Categorías o rango | Criterio de medición | Tipo | Escala de medición |
|-----------------------------------|---|---|---|----------|-----------------------|
| Índice de síntomas de Prostatitis | Según la puntuación de la escala del NIH-CPSI | <ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Síntomas urinarios - Efectos sobre la calidad de vida | <p>Dolor: Total de las preguntas 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 y 4</p> <p>Síntomas urinarios: Total de las preguntas 5 y 6</p> <p>Efectos sobre la calidad de vida: Total de las preguntas 7, 8 y 9</p> | Numérica | Cuantitativa discreta |
| Eyacuación Precoz | Eyacuación sin control y prematura, que se produce con una mínima estimulación sexual | <ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Efectos sobre la calidad de vida | Evaluación sobre la escala PEDT-5 | Numérica | Cuantitativa discreta |
| Edad | Edad en años al momento del diagnóstico patológico | 18 – 100 | Años | Numérica | Cuantitativa continua |

| | | | | | |
|---|--|---|--|------------|-----------------------|
| Tipo de prostatitis/Dolor pélvico crónico | Tipo clínico según la escala NIH-Consensus definition and classification of prostatitis 1999 | I, II, IIIA, IIIB, IV | NIH-Consensus definition and classification of prostatitis 1999 | Categórica | Cualitativa |
| Tiempo de diagnóstico | Diferencia de meses entre la fecha del diagnóstico clínico con la fecha del diagnóstico patológico | 0 – 100 | Meses | Numérica | Cuantitativa continua |
| Chlamydia Trachomatis | Presencia de IgG o IgA contra Chlamydia Trachomatis | Positivo Negativo | Examen serológico tomado previo al tratamiento | Categórica | Dicotómica |
| Sexo Anal | Práctica sexual que consiste en la introducción del pene en el ano | Positivo Negativo | Practica sexual realizada por encuesta | Categórica | Dicotómica |
| Preservativo | Funda muy fina y elástica, hecha de látex u otra materia similar, con que se cubre el pene al realizar el coito | Positivo Negativo | Realizado por encuesta | Categórica | Dicotómica |
| Sintomas Urinarios | Listado de las diferentes afecciones sobre Síntomas y signos que involucran el sistema urinario, ejemplo: polaquiuria, tenesmo, disuria, incontinencia, etc. | <ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Síntomas urinarios - Efectos sobre la calidad de vida | Dolor: Total de las preguntas 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 y 4 Síntomas urinarios: Total de las preguntas 5 y 6 Efectos sobre la calidad de vida: Total de las preguntas 7, 8 y 9 | Numérica | Cuantitativa discreta |

ANEXO 3: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS:

1. Dolor o molestia

Durante la semana pasada, ¿ha tenido usted dolor o molestia en las partes del cuerpo siguientes?

Sí No

a. En el área entre el recto y los testículos (perineo) 1 0

b. En los testículos 1 0

c. En la punta del pene (dolor o molestia no relacionados con orinar) 1 0

d. Debajo de la cintura, en el área del pubis o de la vejiga 1 0

2. Durante la semana pasada, ¿ha tenido usted...

Sí No

a. ¿Dolor o ardor al orinar? 1 0

b. Dolor o molestia durante o después del orgasmo (eyaculación)? 1 0

3. Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia ha tenido usted dolor o molestia en alguna de las partes de su cuerpo indicadas arriba en la primera pregunta?

0 Nunca

1 Pocas veces

2 Algunas veces

3 Muchas veces

4 Casi siempre

5 Siempre

4. ¿Qué número describe mejor el nivel PROMEDIO de dolor o molestia, en los días que lo tuvo, durante la semana pasada?

(Los números de menor a mayor que aparecen abajo sirven para indicar que el dolor va de débil a fuerte.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin Dolor tan fuerte
dolor como usted se
pueda imaginar

5. Orinar

Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia ha tenido usted la sensación de que no se le vació completamente la vejiga al terminar de orinar?

- 0 Ni una vez.
- 1 Menos de 1 década 5 veces.
- 2 Menos de la mitad de las veces.
- 3 Más o menos la mitad de las veces.
- 4 Más de la mitad de las veces.
- 5 Casi siempre.

6. Durante la semana pasada, ¿con qué frecuencia tuvo usted que volver a orinar menos de dos horas después de haber orinado?

-
- 0 Ni una vez
-
- 1 Menos de 1 de cada 5 veces
-
- 2 Menos de la mitad de las veces
-
- 3 Más o menos la mitad de las veces
-
- 4 Más de la mitad de las veces
-
- 5 Casi siempre

7. Efecto de los síntomas

Durante la semana pasada, ¿cuánto han impedido sus síntomas que usted hiciera las cosas que habitualmente hace?

- 0 Nada
-
- 1 Sólo un poco
-
- 2 Algo
-
- 3 Mucho

8. ¿Cuánto pensó en sus síntomas durante la semana pasada?

- 0 Nada
-
- 1 Sólo un poco
-
- 2 Algo
-
- 3 Mucho

9. Calidad de vida

¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de su vida con síntomas iguales a los que ha tenido durante la semana pasada?

- 0 Encantado
- 1 Complacido
- 2 En general, satisfecho
- 3 Con sentimientos contrarios, confundido (igualmente satisfecho e insatisfecho)
- 4 En general, insatisfecho

5 Descontento

6 Muy mal

Puntuación del NIH -Índice de Síntomas de Prostatitis Crónica Dolor: Total de las preguntas 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 y 4 = Síntomas urinariosT: otal de las preguntas 5 y 6

Efecto sobre la calidad de vida: Total de las preguntas =

_____ =

PEDT – 5

1.- ¿CÓMO VALORA SU DIFICULTAD PARA RETRASAR LA EYACULACIÓN?

- 0. NOTENGO DIFICULTAD
- 1. LIGERA
- 2. MODERADA
- 3. BASTANTE
- 4. MUCHA

2.- ¿EYACULA USTED ANTES DE DESEARLO?

- 0. NUNCA OCASI NUNCA
- 1. MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES
- 2. APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES
- 3. MÁS DE LA MITAD DE LAS VECES
- 4. SIEMPRE OCASI SIEMPRE

3.- ¿EYACULA USTED CON UNA MÍNIMA ESTIMULACIÓN?

- 0. NUNCA OCASI NUNCA
- 1. MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES
- 2. APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES
- 3. MÁS DE LA MITAD DE LAS VECES
- 4. SIEMPRE OCASI SIEMPRE

4.- ¿SE SIENTE FRUSTRADO POR EYECULAR ANTES DE LO QUE LE GUSTARÍA?

- 0. NUNCA
- 1. POCAS VECES
- 2. BASTANTES VECES
- 3. MUCHAS VECES
- 4. SIEMPRE

5.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA LE PREOCUPA QUE EL TIEMPO QUE TARDE EN EYACULAR CAUSE INSATISFACCIÓN A SU PAREJA??

- 0. NUNCA
- 1. POCAS VECES
- 2. BASTANTES VECES
- 3. MUCHAS VECES
- 4. SIEMPRE