

DISFUNCIÓN SEXUAL EN LAS MUJERES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Autores

Nicolás Alcalá-Rivera¹, Jesús Díez-Manglano^{2,3}.

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital de Barbastro, Huesca.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Royo Villanova, Zaragoza.

³Departamento de Medicina. Universidad de Zaragoza.

Autor de correspondencia

Nicolás Alcalá-Rivera

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Barbastro.

Carretera Nacional 240, s/n, 22300 Barbastro, Huesca, Huesca.

Teléfono: 616 90 40 44

Email: nicolas_par32.85@hotmail.com

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Contribución

N. Alcalá-Rivera y J. Díez-Manglano participaron en el diseño del estudio. N. Alcalá-Rivera realizó la búsqueda bibliográfica, recopilación de datos, análisis de datos e interpretación de datos. N. Alcalá-Rivera redactó el manuscrito y J Díez-Manglano contribuyó y aprobó la versión final del manuscrito.

DISFUNCIÓN SEXUAL EN LAS MUJERES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de disfunción sexual en las mujeres con EPOC y los factores relacionados con su aparición.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional transversal a lo largo del año 2021, con inclusión de mujeres con EPOC diagnosticadas por espirometría mediante muestreo por conveniencia. Se recogieron datos de edad, tabaquismo, datos espirométricos, comorbilidades y fármacos utilizados. Además, se realizó un cuestionario de salud sexual.

Resultados: Se incluyeron 101 mujeres con edad media 59,7 (11,3) años. Todas ellas habían experimentado un cambio en su actividad sexual y 44% los atribuyeron a la EPOC. Tenía disnea durante el coito 51,5%. La prevalencia de disfunción sexual fue del 52,5%. Las pacientes que experimentaron esto eran de más edad y tenían un índice de Tiffeneau más bajo. Asimismo, con más frecuencia consumían alcohol y, tenían hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular, y con menos tenían diabetes e insuficiencia cardiaca. Sin embargo, puntuaban más bajo en el índice de Charlson corregido por edad. Aquellas con disfunción sexual utilizaban con menos regularidad la triple terapia inhalada.

Conclusiones: La disfunción sexual es frecuente en las mujeres con EPOC. Son necesarios más estudios que investiguen las causas, mecanismos y posibles tratamientos de la misma.

Palabras clave: disfunción sexual; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; mujer; sexualidad

SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of sexual dysfunction in women with COPD and the factors related to its presence.

Methods: Cross-sectional observational study during 2021, including women with COPD diagnosed by spirometry through convenience sampling. Data on age, smoking status, spirometric data, comorbidities and medications used were collected. A sexual health questionnaire was administered.

Results: The study included 101 women with a mean age of 59.7 (11.3) years. All had experienced a change in sexual activity, with 44% attributing it to COPD. Among them, 51.5% experienced dyspnea during coitus. The prevalence of sexual dysfunction was 52.5%. Women with sexual dysfunction were older and had a lower Tiffeneau index. Furthermore, they consumed alcohol more frequently and had hypertension and cerebrovascular disease, and less often, they had diabetes and heart failure. However, they scored lower on the Charlson index corrected for age. Patients with sexual dysfunction used inhaled triple therapy less frequently.

Conclusions: Sexual dysfunction is common in women with COPD. Further studies are needed to investigate its causes, mechanisms, and potential treatments.

Keywords: sexual disorder; chronic obstructive pulmonary disease; women; sexuality

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un trastorno crónico de las vías aéreas relacionado con el tabaco, y la exposición a la biomasa, el polvo o el humo. Se calcula que afecta a más de 390 millones de personas en el mundo [1]. La EPOC figura entre las principales causas de morbimortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la tercera causa de mortalidad a nivel global y provoca más de tres millones de muertes al año [2]. Además, la EPOC constituye una de las principales causas de discapacidad y deterioro de la calidad de vida [3,4].

Los pacientes con EPOC tienen comorbilidades que influyen en su estado clínico y en el pronóstico de la enfermedad. El patrón de estas es diferente según el sexo. Por un lado, la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca son más frecuentes en los varones, mientras que la hipertensión arterial, la diabetes y la osteoporosis lo son en las mujeres [5]. Según la OMS, la salud sexual es un estado continuo de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad y no solo la ausencia de enfermedad, disfunción o discapacidad [6]. En este sentido, los padecimientos crónicos tienden a deteriorar la función sexual provocando una disminución de la calidad de vida [7]. Aunque no es un tema frecuente en la literatura médica, los trastornos sexuales son frecuentes en la EPOC. Un estudio con 751 personas con EPOC observó que la satisfacción sexual empeoró en dos tercios de los casos [8]. Otro metaanálisis reciente ha mostrado que hasta 74% de los varones con EPOC tiene disfunción erétil [9]. También se ha comunicado que esta provoca una disminución del deseo, la excitación y la satisfacción sexual en las mujeres [10]. La mayoría de estos trabajos se centran en los pacientes respiratorios varones, existiendo pocos estudios en relación a mujeres con EPOC.

El objetivo de nuestra investigación fue determinar la prevalencia de la disfunción sexual en las mujeres con EPOC y los factores relacionados con su aparición.

PACIENTES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se efectuó un estudio transversal, descriptivo y multicéntrico con participación de dos hospitales y varios Centros de Atención Primaria de Aragón.

Criterios de inclusión y exclusión

A lo largo del año 2021 se incluyeron mujeres mayores de 40 años con EPOC. La enfermedad se diagnosticó mediante espirometría con los criterios de la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) [10]. Se excluyeron las mujeres que no sabían leer o escribir, que rechazaron su participación en el estudio y a las mayores de 85 años.

Mediciones y recogida de datos

Para cada paciente se recogieron los siguientes datos: edad, índice de masa corporal, hábito tabáquico, consumo de alcohol y de otros tóxicos, volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF₁), VEF₁/capacidad vital forzada (FVC), grado de obstrucción y clasificación GOLD de la EPOC, comorbilidades, índice de Charlson corregido por edad [11], tratamiento broncodilatador habitual y consumo de fármacos como opioides, antidepresivos, antipsicóticos, antihipertensivos y antiandrogénicos.

A todas las participantes se les administró un cuestionario de salud sexual con 19 preguntas, el cual incluyó algunos de los ítems del Cuestionario de Cambios en la Función Sexual y del Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), junto con otras cuestiones relacionadas con la práctica sexual [12,13]. Se incluyeron 5 ítems en relación con el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo y la satisfacción sexual. Cada una de ellos puntuaba desde 1 (no tengo actividad sexual) a 5 (siempre o casi siempre). La puntuación mínima era 5 y la máxima 25 y se consideró que existía una disfunción sexual relevante cuando la puntuación en estos 5 ítems era ≤ 15 puntos.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Clínica de Aragón (CEICA) con el número de expediente PI 20/348, y todas las participantes dieron su consentimiento informado por escrito.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se expresan como frecuencia y porcentaje. La distribución normal de las cuantitativas continuas se comprobó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Aquellas con distribución normal se presentan como media, y desviación estándar (DE) y en caso contrario como mediana y rango intercuartílico (IQR). Para comparar variables cualitativas se utilizó el test de χ^2 con la corrección de Yates y la F de Fisher en caso necesario. Para comparar variables cuantitativas se empleó la prueba t de Student si seguían una distribución normal y la U de Mann-Whitney en caso contrario. Para estudiar los factores asociados con la presencia de disfunción sexual se ha construido un modelo de regresión logística incluyendo la edad en dos categorías, < 65 y ≥ 65 años, el grado de obstrucción en dos categorías, leve-moderado y grave-muy grave, la obesidad y el índice de Charlson ajustado por edad. Se utilizó un método condicional hacia adelante. La bondad de ajuste del modelo de regresión logística se comprobó con el test de Hosmer-Lemeshow. En todos los casos el nivel de significación estadística se estableció como $p < ,05$. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 22.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS

Características de los pacientes

Se incluyeron 101 mujeres, 15 desde Atención Primaria, 25 desde Neumología y 61 desde Medicina Interna. Desde esta última, estaban hospitalizadas y las procedentes de Atención Primaria y Neumología se incluyeron desde las consultas. La edad media era 59,7 (11,3) años con un rango entre 44 y 84. Las características de las pacientes se presentan en la tabla 1. Había 63 mujeres con obesidad y ninguna padecía cáncer activo o había tenido un infarto agudo de miocardio reciente.

Función sexual

Todas las mujeres eran heterosexuales. Para 46 (45,5%) de ellas la vida sexual era importante o muy importante, pero solo 8 (7,9%) de ellas habían mantenido relaciones sexuales dos o más veces por semana en los últimos 3 meses. Todas habían experimentado un cambio o disminución de su actividad sexual, 44,5% lo atribuyó a sus enfermedades, 32,7% a los medicamentos que tomaba, 32,7% a la ausencia de pareja, 4% a problemas psicológicos y 16,8% a otras preocupaciones.

Consideraban que la EPOC afectaba de forma muy importante a su vida sexual 46 mujeres (45,4%). Referían sentir disnea durante el acto sexual 52 (51,5%), 29 (28,7%) lo atribuían a la EPOC y 23 (22,8%) a otras causas. Durante el coito, 52 (51,5%) necesitaban utilizar, solo de forma ocasional, sus inhaladores. El tratamiento de la EPOC no había influido en la vida sexual en 79 (78,2 %) pacientes, la había empeorado levemente en 18 (17,8 %) y la había mejorado levemente en 4 (4,0%).

La figura 1 muestra la frecuencia de respuestas en los dominios de la actividad sexual. Comunicaron tener con frecuencia deseo o interés sexual en grado alto o muy alto 47 (46,5%) mujeres. El mismo número experimentaba frecuentemente excitación, pero únicamente 22 (21,8%) conseguían mantenerla durante la actividad sexual. Solo 33 (32,7%) mujeres sentían suficiente lubricación vaginal durante la estimulación sexual y llegaban con frecuencia al orgasmo al mantener relaciones sexuales. En conjunto, las relaciones sexuales eran satisfactorias para 23 (22,8%).

Las puntuaciones en los dominios del cuestionario de actividad sexual fueron: deseo 3,0 (1,5), excitación 2,8 (1,4), lubricación 2,7 (1,2), orgasmo 3,0 (1,3) y satisfacción 2,8 (1,4).

La prevalencia de disfunción sexual fue del 52,5% (IC95% 42,3-62,5). Las pacientes con disfunción sexual eran de más edad, de fenotipo C o D de la GOLD y tenían un

cociente VEF₁/CVF más bajo. Además con más frecuencia consumían alcohol y, tenían hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular y con menos tenían diabetes e insuficiencia cardiaca. Sin embargo puntuaban más bajo en el índice de Charlson corregido por edad. Aquellas con disfunción sexual utilizaban con menos frecuencia triple terapia inhalada.

La tabla 2 presenta los resultados de la regresión logística con análisis multivariante. Tanto la obstrucción grave-muy grave como el índice de Chalson ajustado a la edad se asociaron con menos presencia de disfunción sexual.

DISCUSIÓN

El principal hallazgo de nuestro trabajo es que la disfunción sexual está presente en una de cada dos mujeres con EPOC.

La investigación sobre la función sexual en las mujeres con EPOC es escasa. Hay pocos estudios, con muestras pequeñas y con metodologías diferentes [14]. Abd-Elsalam et al, en Egipto, y Kaplan Serin et al, en Turquía, observaron que las mujeres con EPOC experimentan dificultades respiratorias y fatiga durante la actividad sexual [9,15]. El síntoma más frecuente es la disnea. Como consecuencia de ello la prevalencia de disfunción sexual femenina es alta, en un artículo incluso llegó al 82% [16]. Nosotros hemos encontrado una prevalencia algo menor, del 52%.

La disfunción sexual en mujeres con EPOC es más frecuente que en aquellas de la población general [9,16]. Un estudio en Turquía encontró que aquellas con esta enfermedad puntúan más alto que los varones en la Arizona Sexual Experience Scale, lo que significa que su vida sexual está más afectada [17]. Otros análisis han mostrado que más del 90% de estas mujeres tienen comprometida su vida sexual [9]. Nosotros, al igual que otros estudios, hemos observado que todos los aspectos de la vida sexual, incluyendo el deseo, la excitación, la capacidad de llegar al orgasmo, y la satisfacción sexual, están afectados en las mujeres con EPOC [8,17,18].

Contrariamente a lo esperado, hemos encontrado una relación de la disfunción sexual con menor grado de obstrucción y con más comorbilidad en el análisis multivariante. En otros trabajos no se han demostrado asociaciones con estos factores [9,16]. Esto sugiere que el desarrollo de disfunción sexual en las mujeres con EPOC podría estar influenciado por interacciones complejas y multifactoriales que no fueron capturadas por las variables examinadas en este análisis. No obstante, es importante destacar el papel que puede desempeñar el tabaquismo. Todas nuestras pacientes habían estado expuestas al tabaco de forma activa o pasiva. Un meta-análisis con 28586 varones encontró una relación entre el tabaquismo y el riesgo de disfunción eréctil [19]. Otra revisión posterior con 50360 participantes observó que hay un efecto dosis-respuesta entre la cantidad y duración del consumo de tabaco y la disfunción eréctil [20]. En mujeres, dos artículos en China, Alemania y Australia han encontrado una relación entre el tabaco y la disfunción sexual femenina [21,22]. El abandono del tabaco puede mejorar la salud sexual en varones [23]. Creemos que deberían hacerse estudios para valorar el impacto que tiene dejar de fumar en la vida sexual de las mujeres con EPOC.

No conocemos los mecanismos que pueden favorecer la disfunción sexual en las mujeres con EPOC. Es posible que la hipoxia intermitente o continuada pueda estar implicada. En varones con hipoxia la función sexual y la regulación de la testosterona se encuentran alteradas [24]. Los varones con EPOC tienen niveles de testosterona inferiores a los de la población sin EPOC, e incluso se ha descrito un descenso en los niveles de testosterona y dehidroepiandrosterona durante las exacerbaciones agudas [25,26,27]. Sin embargo, no hemos encontrado estudios en mujeres con EPOC que relacionen la situación hormonal con la función sexual, las exacerbaciones o la hipoxia.

La oxigenoterapia crónica, la rehabilitación y el tratamiento sustitutivo hormonal se han asociado con leves mejorías de la función sexual en los varones con EPOC. Será necesario diseñar estudios para valorar su efecto en las mujeres [28,29,30].

Es de destacar que, hasta nuestro conocimiento, este es el primer estudio sobre la función sexual en mujeres con EPOC realizado en España, y uno de los escasos existentes en el mundo. Sin embargo, nuestro trabajo tiene limitaciones. En primer lugar, el estudio se basó en datos obtenidos de cuestionarios y no podemos descartar la posible existencia un sesgo de recuerdo y un sesgo de deseabilidad social, además de un sesgo de selección por presentar un mayor número de mujeres procedentes del servicio de medicina interna. En segundo lugar, no hemos hecho determinaciones hormonales que podrían ayudar a caracterizar la función sexual. En tercer lugar, no se incluyó un grupo control apareado por edad y sin EPOC, que permitiera conocer cuál es el efecto de esta enfermedad en la función sexual. Finalmente, se trata de un diseño transversal y es posible que la valoración de la función sexual que hicieron las mujeres pueda cambiar con el tiempo en función de la época del año o de sus circunstancias personales.

CONCLUSIONES

La función sexual está claramente alterada en las mujeres con EPOC, y son necesarios nuevos estudios con muestras más amplias, con determinaciones hormonales y con seguimiento en el tiempo de las enfermas.

BIBLIOGRAFIA

1. Adeloye D, Song P, Zhu Y, Campbell H, Sheikh A, Rudan I, et al. Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. Lancet Respir Med. 2022;10:447-58.
2. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)). Último acceso: 03/11/2023.
3. Soriano JB, Abajobir AA, Abate KH, Abera SF, Agrawal A, Ahmed MB, et al. Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet Respir Med. 2017;5:691–706.
4. Esquinas C, Ramon MA, Nuñez A, Molina J, Quintano JA, Roman-Rodriguez M, et al. Correlation between disease severity factors and EQ-5D utilities in chronic obstructive pulmonary disease. Qual Life Res. 2020;29:607-17.
5. Almagro P, López García F, Cabrera FJ, Montero L, Morchón D, Díez J, et al; Grupo de EPOC de la Sociedad Española de Medicina Interna. Comorbidity and gender-related differences in patients hospitalized for COPD. The ECCO study. Respir Med. 2010;104:253-9.
6. World Health Organization. Salud sexual. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2.
7. ALHosni F, Al Qadire M, Al Omari O, Al Raqaishi H, Khalaf A. Symptom prevalence, severity, distress and management among patients with chronic diseases. BMC Nurs. 2023;22:155.
8. Zysman M, Rubenstein J, Le Guillou F, Colson RMH, Pochulu C, Grassion L, et al. COPD burden on sexual well-being. Respir Res. 2020;21:311.
9. Abd-Elsalam FG, Mahgoud NA, Ghoneim AH, Abou-Abdu SE. Chronic obstructive pulmonary disease and sexual functioning among women in Egypt. Egypt J Chest Dis Tuberc. 2015;64:551-6.
10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic pulmonary obstructive disease. 2021 Report. Disponible en: https://goldcopd.org/gold-reports/gold-report-2021-v1-0-11nov20_wmv/. Último acceso: 03/11/2023.
11. Charlson M, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. J Clin Epidemiol. 1994;47:1245-51.
12. Clayton AH, McGarvey EL, Clavel GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): development, reliability, and validity. Psychopharmacol Bull. 1997;33:731-45.
13. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. 2000;26:191-208.
14. Farver-Vestergaard I, Frederiksen Y, Zachariae R, Rubio-Rask S, Løkke A. Sexual health in COPD: a systematic review and meta-analysis. Int Chronic Obst Pulmon Dis. 2022;17:297-315.

15. Kaplan Serin E, Alp Dal N, Gümüşsoy S. Relationship between the symptoms of COPD and the quality of sexual life. *Sex Disabil.* 2022;40:555-654.
16. Özkarafakili MA, Kutsal C. Female sexual dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *Colomb Med (Cali).* 2023;54:e2025633.
17. Dudakli N, Yilmaz M. The relationship between depression and sexual function in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Cyprus J Med Sci.* 2021;6:24-9.
18. Macêdo TE, da Silva G, Morano MT, Alcântara Holanda M, Delgado Pereira E. Sexuality and associated factors in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients attending a referral hospital in Northeastern Brazil. *J Sex Marital Ther.* 2021;47:253-61.
19. Cao S, Yin X, Wang Y, Zhou H, Song F, Lu Z. Smoking and risk of erectile dysfunction: systematic review of observational studies with meta-analysis. *Plos One.* 2013;8:e60443.
20. Cao S, Gan Y, Dong X, Liu J, Lu Z. Association of quantity and duration of smoking with erectile dysfunction: a dose-response meta-analysis. *J Sex Med.* 2014;11:2376-84.
21. Ju R, Ruan X, Xu X, Yang Y, Cheng J, Zhang L, et al. Importance of active and passive smoking as one of the risk factors for female sexual dysfunction in Chinese women. *Gynecol Endocrinol.* 2021;37:541-5.
22. Wen LM, Rissel C, Cheng Y, Richters J, de Visser RO. Tobacco smoking and sexual difficulties among Australian adults: a cross-sectional study. *Sexual Health.* 2017;14:313-9.
23. Harte CB, Meston CM. Association between smoking cessation and sexual health in men. *BJU Int.* 2012;109:888-96.
24. Oyedokun PA, Akhigbe RE, Ajayi LO, Ajayi AF. Impact of hypoxia on male reproductive functions. *Mol Cell Biochem.* 2023;478:875-85.
25. Shaker A, El-Shora A, El-Gammal M, Labib HA. Endocrinal disturbances and systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *J Egypt Chest Dis Tuberc.* 2012;61:81-8.
26. Daabis RG, Rehem RNA, Hassan MM, Khalil GI. Hypogonadism in patients with chronic obstructive pulmonary disease: relationship with airflow limitation, muscle weakness and systemic inflammation. *Alexandria J Med.* 2016;52:27-33.
27. Karadag F, Ozcan H, Karul AB, Yilmaz M, Cildag O. Sex hormone alterations and systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Clin Pract.* 2009;63:275-81.
28. Aasebø U, Gyltnes A, Bremnes RM, Aakvaag A, Slørdal L. Reversal of sexual impotence in male patients with chronic obstructive pulmonary disease and hypoxemia with long term oxygen therapy. *J Steroid Biochem Molec Biol.* 1993;46:799-803.
29. Campos-Juanatey F, Amado Diago CA, Varea Malo R, Agüero Calvo J, Correas Gómez MA, Portillo Marín JA. Evaluación del impacto sobre la actividad sexual de un programa de rehabilitación pulmonar para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Rev Int Androl.* 2020;18:144-50.
30. Svartberg J, Aasebø U, Hjalmarsen A, Sundsfjord J, Jorde R. Testosterone treatment improve body composition and sexual function in men with COPD, in a 6-month randomized controlled trial. *Respir Med.* 2004;98:906-13.

Tabla 1. Características de las pacientes incluidas

Variable	Total (n=101)	Con disfunción sexual (n=53)	Sin disfunción sexual (n=48)	p
Edad, años*	59,7 (11,3)	64,7 (9,3)	54,3 (10,9)	<0,001
Índice de masa corporal (kg/m ²)*	29,2 (5,2)	28,8 (6,1)	29,6 (4,0)	0,425
Tabaquismo				
Fumadora	71 (70,3)	8 (15,1)	18 (37,5)	
Exfumadora	26 (25,7)	41 (77,4)	30 (62,5)	
Fumadora pasiva	4 (4,0)	4 (7,5)	0 (0,0)	
Índice año-paquete*	44,4 (16,3)	45,5 (18,5)	43,2 (13,6)	0,498
Consumo de alcohol	10 (9,9)	10 (18,9)	0 (0)	0,002
VEF ₁ *	52,2 (16,1)	54,3 (18,1)	49,8 (13,4)	0,161
VEF ₁ /CVF (en %)*	60,6 (7,7)	59,2 (8,6)	62,2 (6,3)	0,047
Grado de obstrucción				
Leve	8 (7,)	4 (7,5)	4 (8,3)	
Moderada	45 (44,1)	31 (58,5)	14 (29,2)	
Grave	44 (43,1)	14 (26,4)	30 (62,5)	
Muy grave	4 (3,9)	4 (7,5)	0 (0)	
Fenotipos GOLD				
A	8 (7,9)	4 (7,5)	4 (8,3)	
B	81 (80,2)	41 (77,4)	40 (83,3)	
C	8 (7,9)	8 (15,1)	0 (0,0)	
D	4 (4,0)	0 (0,0)	4 (8,3)	
Comorbilidad				
Obesidad	63 (62,4)	36 (67,9)	27 (56,3)	0,226
Diabetes mellitus tipo 2	18 (17,8)	5 (9,4)	13 (27,1)	0,021
Hipertensión arterial	77 (76,2)	45 (84,9)	32 (66,7)	0,032
Dislipemia	67 (66,3)	35 (66,0)	32 (66,7)	0,947
Insuficiencia cardíaca	38 (37,6)	6 (11,3)	32 (66,7)	<0,001
Enfermedad cerebrovascular	20 (19,8)	16 (30,2)	4 (8,3)	0,006
Índice de Charlson corregido por edad	4,3 (1,2)	3,7 (1,2)	5,1 (0,8)	<0,001
Broncodilatadores inhalados				
AMAL+BAAL	22 (21,6)	18 (34,0)	4 (8,3)	
AMAL+BAAL+CI	79 (77,5)	35 (66,0)	44 (91,7)	
Otros fármacos				
Antiandrogénicos,	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Antidepresivos	12 (11,9)	4 (7,5)	8 (16,7)	0,157
Antihipertensivos	54 (53,5)	25 (47,2)	29 (60,4)	0,183
Antipsicóticos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Opioides	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-

Las variables se expresan n (%) o como media y desviación típica*.

Abreviaturas: AMAL: antimuscarínicos de acción larga; BAAL: beta-adrenérgicos de acción larga; CI: corticoides inhalados; VEF₁: volumen espiratorio forzado en 1 segundo; CVF: capacidad vital forzada

Tabla 2. Factores asociados con la presencia de disfunción sexual

Variable	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Edad ≥ 65 años	1,969 (0,838-4,626)	0,120		
Obstrucción al flujo aéreo				
Leve-moderada	Referencia			
Grave-muy grave	0,309 (0,137-0,697)	0,005	0,030 (0,006-0,158)	<0.001
Obesidad	1,647 (0,732-3,707)	0,228		
Charlson corregido por edad	0,289 (0,174-0,481)	<0,001	0,129 (0,055-0,306)	<0,001
Abreviaturas: IC: intervalo de confianza; OR odds ratio				