

FACTORES DE RIESGO PARA DISFUNCIÓN ERÉCTIL. CONSULTA DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO DR. “ANTONIO MARÍA PINEDA”.

* Nelson Mogollón; ** Antoun Banna; *** Eliezer Melean.

PALABRAS CLAVE: Disfunción eréctil. Factores de riesgo. Índice de Salud Sexual para el Varón.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar los factores de riesgo para disfunción eréctil en pacientes que acudieron a la consulta de Urología del Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda”. Para ello, se seleccionó una muestra de 255 pacientes, encontrando que 51,94% presentó disfunción eréctil según el Índice de Salud Sexual para el Varón, de los cuales 25,97% fue leve, 14,73% de leve-moderada 7,36% moderada y 3,87% severa; además, este grupo de pacientes se caracterizó por un promedio de edad de $60,94 \pm 8,18$ años. Los hábitos psicobiológicos como tabaquismo y consumo de alcohol no mostraron diferencias estadísticas ($p > 0,05$). Mientras, los factores de riesgo vasculares más frecuentes fueron hipertensión arterial (51,49%), obesidad (26,87%), diabetes mellitus (21,64%) y dislipidemia (17,91%); no obstante, la hipertensión arterial y diabetes mellitus fueron estadísticamente significantes. En relación al riesgo farmacológico 50% recibían medicamentos antihipertensivos (23,88% Amlodipina y 20,89% Losartan). Por otra parte, solo 7,46% presentaron factores de riesgo neurogénico. En cuanto, a los síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI) 43,28% eran moderado, 31,34% leve y 21,64% grave ($p: 0,0173$). También, el crecimiento prostático por ecografía fue 36,57% grado II, 29,10% grado I y 25,37% grado III, con un promedio de volumen prostático de $47,31 \pm 26,43$ cc. De esta manera, se logró obtener información sobre los factores de riesgo relacionados con disfunción eréctil confirmando que es un problema multicausal

RISK FACTORS FOR ERECTILE DYSFUNCTION. UROLOGY CONSULTATION. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO DR. “ANTONIO MARÍA PINEDA”.

KEY WORDS: Erectile dysfunction. Risk factors. Sexual Health Inventory for Men.

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive study was conducted in order to determine the risk factors for erectile dysfunction in patients attending urology clinic of the Hospital Central Universitario Dr. "Antonio Maria Pineda". To do this, a sample of 255 patients was selected, finding out that 51.94% had erectile dysfunction according to the Sexual Health Inventory for Men, of which 25.97% was mild, 14.73% mild-moderate 7.36% moderate and 3.87% severe. In addition, this group of patients was characterized by an average age of 60.94 ± 8.18 years. The psychobiological habits like smoking and alcohol consumption showed no statistical differences ($p > 0.05$). Meanwhile, the most common vascular risk factors were hypertension (51.49%), obesity (26.87%), diabetes mellitus (21.64%) and dyslipidemia (17.91%). However, hypertension and diabetes mellitus were statistically significant. In relation to pharmacological risk, 50% were receiving antihypertensive drugs (23.88% Amlodipine and 20.89% Losartan). Moreover, only 7.46% presented neurogenic risk factors. With regard to the Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) 43.28% were moderate, 31.34% mild and 21.64% severe ($p: 0.0173$). Also, prostatic enlargement by ultrasound was 36.57% grade II, 29.10% grade I and 25.37% grade III, with an average prostate volume of 47.31 ± 26.43 ml. Thus, it was possible to obtain information on the risk factors associated with erectile dysfunction, confirming that it is a multi-causal problem.

* Residente del posgrado de Urología. Decanato de Ciencias de la Salud. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. HUAMP. Barquisimeto, Venezuela, nelsonamogollono@gmail.com.

** Profesor del posgrado de Urología. Decanato de Ciencias de la Salud. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. HUAMP. Barquisimeto, Venezuela

*** Andréslogo. Profesor del posgrado de Urología. Hospital Vargas de Caracas > Universidad Central de Venezuela.

INTRODUCCIÓN

La erección es un fenómeno complejo el cual implica un delicado y complicado equilibrio entre el tejido nervioso y vascular del pene que incluye la relajación del músculo liso arterial y la activación de mecanismos venoclusivos. En ella intervienen diversos factores físicos y psicológicos por lo cual la alteración de uno o más de ellos pueden llevar a problemas de disfunción eréctil y debe entenderse como parte de la respuesta sexual en el hombre.

La disfunción eréctil (DE) por su lado se define como la incapacidad persistente o recurrente para conseguir o mantener la suficiente rigidez del pene que permita una relación sexual satisfactoria ⁽¹⁾. Este concepto se restringe solo a la capacidad de erección del pene y no incluye trastornos del deseo sexual, la eyacuación o el orgasmo y debe presentar una duración de al menos 3 meses salvo en aquellos casos cuya etiología sea secundaria a eventos traumáticos o quirúrgicos ⁽²⁾.

En cualquier grado este es uno de los problemas de salud crónicos más comunes en varones mayores de 40 años, tiene una alta prevalencia y afecta a una gran cantidad de individuos en todo el mundo. Se estima que más de 100 millones de hombres pueden presentarla en algún grado y puede ser considerada un real problema de salud pública ⁽³⁾.

Sin duda alguna, la edad tiene gran influencia sobre la prevalencia de esta patología, comparte de la misma manera factores de riesgo modificables y no modificables con la enfermedad cardiovascular y también se asocia a enfermedades prevalentes y habituales en la práctica clínica como la diabetes, hipertensión arterial, hiperlipidemia, síndrome metabólico, depresión y síntomas del tracto urinario inferior.

En la actualidad existe evidencia significativa de que es una manifestación temprana de enfermedad coronaria y vascular periférica, por lo tanto no debe considerarse sólo como un problema de calidad de vida sino también como una potencial advertencia de enfermedad cardiovascular y aumento de mortalidad global ⁽⁴⁾. También son importantes predictores el consumo de tabaco, la obesidad, los hábitos de vida sedentarios y el mal estilo de vida, es por esto que la Asociación Europea de Urología (AEU) en sus lineamientos del 2015 concluye que la DE debe ser

considerada como un síntoma de una patología subyacente y no una enfermedad aislada.

Una vez entendido esto surgió la necesidad de investigar los factores de riesgo para disfunción eréctil en pacientes que asistieron a la consulta de Urología del Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes masculinos mayores de 40 años, sexualmente activos que acudieron a la consulta de Urología del Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda” durante el año 2015.

Se les realizó una entrevista a los participantes para completar datos de identificación y verificación del cumplimiento de los criterios para la participación en el estudio. Posteriormente respondieron los cuestionarios autoadministrados del instrumento de recolección de datos, además del interrogatorio dirigido para completar los datos en dicho instrumento. A continuación en el área de examen físico se procedió a medir y registrar peso y talla de cada individuo para finalmente realizarles exploración ecográfica prostática. Al culminar la revisión se registraron y procesaron los datos en el paquete estadístico StatisticalPackagefor Social Sciences (SPSS), versión 18.0 de acuerdo a los objetivos planteados.

RESULTADOS

Cuadro 1. Distribución de los pacientes según severidad de la disfunción eréctil.

Grado de Disfunción Eréctil (SHLM)	Nº	%
Sin Disfunción Eréctil	121	46,90
Leve	67	25,97
Leve a Moderado	38	14,73
Moderado	19	7,36
Severa	10	3,87
No Aplica	3	1,16
Total	258	100,0

Según el cuestionario del Índice de Salud Sexual para el Varón (SHIM), se evidenció que 51,94% presentaron disfunción eréctil en algún grado de

severidad de los cuales 25,97% presentaron disfunción leve, 14,73% leve a moderada, 7,36% moderada y 3,87% severa; por otro lado, 46,90% no reportó disfunción eréctil y 1,16% de los pacientes no aplicaron.

Cuadro 2. Distribución de los pacientes con y sin disfunción eréctil según grupos de edad.

Grupos de Edad (Años)	Con DE		Sin DE		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
40 – 49	11	22,45	38	77,55	49	100,0
50 – 59	41	45,56	49	54,44	90	100,0
60 – 69	64	71,11	26	28,89	90	100,0
70 -79	17	68,00	8	32,00	25	100,0
80 – 89	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Total	134	52,55	121	47,45	255	100,0

Al desglosar los pacientes con y sin disfunción eréctil y grupos de edad se evidenció para el primer grupo predominó los hombres entre 80-89 años con 100% y el rango entre 60 – 69 años con 71,11%, obteniendo un promedio de $60,94 \pm 8,18$ años; en

cambio, el grupo de pacientes sin disfunción eréctil 77,55% contaban edades entre 40 – 49 años y 54,44% entre 50 – 59 años, con un promedio de $54,78 \pm 8,06$ años.

Cuadro 3. Distribución de los pacientes con y sin disfunción eréctil según nivel de instrucción.

Nivel de Instrucción	Con DE		Sin DE		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Analfabeta	3	50,00	3	50,00	6	100,0
Primaria	77	62,60	46	37,40	123	100,0
Secundaria	44	45,83	52	54,47	96	100,0
Universitaria	10	33,33	20	66,67	30	100,0
Total	134	52,55	121	47,45	255	100,0

Se encontró que 62,60% cuentan con primaria y 50% eran analfabetas; no obstante, para el grupo sin DE 66,67% tenían estudios universitarios, 54,47%

secundaria y 50% analfabeta. Sin diferencias estadísticamente significantes ($p: 0,8993$).

Cuadro 4. Hábitos Psicobiológicos en pacientes con y sin disfunción eréctil.

Hábitos Psicobiológicos	Con DE		Sin DE		Total		X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Tabaco	39	48,15	42	51,85	81	100,0	0,92	0,3369
Alcohol	79	52,32	72	47,68	151	100,0	0,01	0,9290
	n=134		n=121		n=255			

Entre los hábitos psicobiológicos más frecuentes se encuentran el consumo de tabaco y alcohol. Se puede demostrar, nohubo diferencias

estadísticamente significantes para ambos hábitos ($p > 0,05$).

Cuadro 5. Factores de Riesgo Vascular en pacientes con y sin disfunción eréctil.

Hábitos Psicobiológicos	Con DE		Sin DE		Total		X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Hipertensión Arterial	69	66,35	35	33,65	104	100,0	18,16	0,000
Cardiopatía Isquémica	6	66,67	3	33,33	9	100,0	0,75	0,3878
Diabetes Mellitus	29	80,56	7	19,44	36	100,0	13,19	0,0003
Dislipidemia	24	58,54	17	41,46	41	100,0	0,70	0,4020
Obesidad	36	59,02	25	40,98	61	100,0	1,34	0,2462
	n=134		n=121		n=255			

De todos estos factores solo resultaron estadísticamente significantes la hipertensión arterial (p: 0,000) y la diabetes mellitus (p: 0,0003).

Cuadro 6. Estado Nutricional de pacientes con y sin disfunción eréctil.

Estado Nutricional	Con DE		Sin DE		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo Norma	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Normal	51	60,00	34	40,00	85	100,0
Sobrepeso	46	42,59	62	57,41	108	100,0
Obesidad I	34	66,67	17	33,33	51	100,0
Obesidad II	2	22,22	7	77,78	9	100,0
Obesidad III	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Total	134	52,55	121	47,45	255	100,0

No hubo diferencias significativas en cuanto al estado nutricional (p: 0,0920).

Cuadro 7. Factores de riesgo Neurogénico en pacientes con y sin disfunción eréctil.

Factores de riesgo Neurogénico	Con DE		Sin DE		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Otras Enfermedades	10	100,0	0	0,0	10	100,0
Trauma	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Total	n=134		n=121		n=255	

Cuadro 8. Factores de riesgo Farmacológico en pacientes con y sin disfunción eréctil.

Factores de riesgo Farmacológicos	Con DE		Sin DE		Total		X ²	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Psicotrópicos	4	66,67	2	33,33	6	100,0	0,49	0,4834
Antihipertensivos	67	63,81	38	36,19	105	100,0	9,08	0,0026
Otros	19	48,72	20	51,28	39	100,0	0,27	0,6027
	n=134		n=121		n=255			

Estos resultados, demuestran que los medicamentos antihipertensivos resultaron estadísticamente significativos (p: 0,0026), el resto fue no significativo (p>0,05).

Cuadro 9. Fármacos utilizados en pacientes con disfunción eréctil.

Fármacos	N°	%
Psicotrópicos (n=4)		
Alprazolam	1	25,0
Carbamazepina	1	25,0
Citalopram/Pramidexol	1	25,0
Diazepam	1	25,0
Antihipertensivos (n=67)		
Amlodipina	16	23,88
Losartan	14	20,89
Enalapril	13	19,40
Diurético	6	8,96
Atenolol	5	7,46
Captopril	4	5,97
Valsartan	3	4,48
Candesartan	2	2,98
Telmisartan	2	2,98
Olmersatan	1	1,49
Aldactone	1	1,49
Otros (n=19)		
Atorvastatina	6	31,58
Simvastatina	4	21,05
Ácido Acetilsalicílico	4	21,05
Fibrato	2	10,53
Finasteride	1	5,26
Hiperlipem	1	5,26
Rosivastatina	1	5,26

De los fármacos administrados con mayor frecuencia a los pacientes con disfunción eréctil, fueron los antihipertensivos destacándose la Amlodipina BCC (23,88%), Losartan (20,89%) y Enalapril (19,40%).

Cuadro 10. Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI) en pacientes con y sin disfunción eréctil.

Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI)	Con DE		Sin DE		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Leve	47	38,52	75	61,48	122	100,0
Moderado	58	57,43	43	42,57	101	100,0
Grave	29	90,63	3	9,38	32	100,0
Total	134	100,0	121	100,0	255	100,0

Por otra parte, se describe los síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI) obtenidos mediante el cuestionario del Índice Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS), distinguiendo en los pacientes con DE que 90,63% se encontraba en la categoría

grave, 57,43% moderado y 38,52% leve; a su vez, los pacientes sin DE 61,98% se encontraban leve, 42,57% moderado. También, se observan diferencias estadísticas (p: 0,0173).

Cuadro 11. Grados de crecimiento prostático por Ecografía en pacientes con y sin disfunción eréctil.

Grados de Crecimiento Prostático	Con DE		Sin DE		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grado I	39	41,94	54	58,06	93	100,0
Grado II	49	51,04	47	48,96	96	100,0
Grado III	34	69,39	15	30,61	49	100,0
Grado IV	12	70,59	5	29,41	17	100,0
Total	134	52,55	121	47,45	255	100,0

Por último, se realizó la exploración ecográfica prostática encontrando 70,59% de los pacientes con DE reportaron grado IV, seguido de 69,39% grado III. Para el grupo de pacientes sin DE 58,06% eran grado I, y 48,96% grado II. La media del volumen prostático fue de $36,78 \pm 21,05$ cc. Al comparar las medias del volumen prostático se encontró significancia estadística ($p: 0,0006$).

DISCUSIÓN

La sexualidad ocupa una parte muy importante de la esfera vital del hombre, por lo que problemas como la disfunción sexual y específicamente la disfunción eréctil afectan notoriamente la autoestima del individuo, muchas veces de forma severa impidiendo un comportamiento familiar y social adecuados (5).

En este sentido, se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar los factores de riesgo para disfunción eréctil en pacientes que acudieron a la Consulta de Urología del Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda”. Para ello, se estudiaron un total de 255 pacientes, a quienes se les aplicó el cuestionario del Índice de Salud Sexual para el Varón (SHIM), encontrando que 51,94% presentaron disfunción eréctil, predominando la disfunción leve con 25,97%, seguido de 14,73% como leve a moderada, 7,36% moderada y 3,87% severa.

Estos resultados son comparables con los reportados por Robayo y otros (6), quienes obtienen 66% de los pacientes tienen algún grado de disfunción eréctil, de los cuales 22% eran leves, 19% severa, 15% leve-moderada y 10% moderada. Por su parte, Zabala y otros (7), publican una frecuencia de 58% con DE, el grado de disfunción encontrado fue principalmente leve (53%) y de leve a moderada (27%). Más recientemente, Melean (8) informa 65,5% de

disfunción eréctil en los pacientes estudiados, resultando 25,1% leve y 20,8% leve-moderado.

Ceballos y otros (9) aseveran que la prevalencia de disfunción eréctil aumenta con la edad, es así, como Zabala y otros (7) señalan que los pacientes que sufren de DE eran mayores de 60 años (44%) y Melean (8) obtiene una edad promedio de los evaluados de 59,02 años. El presente estudio obtuvo un promedio de edad de pacientes con DE en $60,94 \pm 8,18$ años, con predominio de los rangos de 80-89 años (100%) y 60-69 años (71,11%).

En el presente estudio se evidencia que el consumo de alcohol fue similar en los pacientes con y sin DE (52,32% versus 47,68%), mientras, el tabaquismo fue ligeramente mayor en el grupo sin DE (51,85% versus 48,15%). En el estudio de Zabala y otros (7) los pacientes que sufrían de DE tenían antecedentes positivos de ingestión de bebidas alcohólicas (49%) y tabaquismo (45%). Por su parte Bechara y otros (10) no encontró diferencias estadísticas entre los pacientes con y sin DE en relación al consumo de alcohol (14,1% versus 20%) y tabaco (10,6% y 8%).

La asociación de DE con enfermedades crónico-degenerativas se ha reportado en varios estudios como el de Deveci y otros (11), en el presente estudio se encontró en los pacientes con DE especialmente diabetes mellitus (80,56%), cardiopatía isquémica (66,67%) e hipertensión arterial (66,35%), resultando estadísticamente significantes para hipertensión arterial y diabetes mellitus ($p < 0,05$), coincidiendo con lo expresado por Zabala y otros (7) y Bechara y otros (10) donde la hipertensión arterial y diabetes mellitus fueron factores de riesgo para la DE.

Otro hallazgo importante de mencionar, es la frecuencia de obesidad considerado por algunos autores como un factor de riesgo, en el estudio presentado; 59,02% de los pacientes con DE eran obesos. También, Pavía y otros (12) obtienen una

frecuencia de 38% de sobrepeso/obesidad y Arias y otros (13) muestran 27% de los pacientes tenían obesidad.

Ahora bien, Ceballos y otros (9) consideran que se deben tomar en cuenta otras condiciones tales como enfermedad renal, enfermedades neurológicas, traumatismos, cirugía o radiación pélvica y trastornos del sueño. Por esta razón, se indagó sobre factores de riesgo neurogénico resultando un alto porcentaje de pacientes con DE presentaban patologías como depresión, enfermedad cerebro vascular, epilepsia, tumor cerebral y enfermedad de Parkinson. Solo 1 paciente reportó trauma de columna (100%).

Con respecto, a los factores de riesgo farmacológico Ceballos y otros (9) aseveran que los agentes usados para tratar la hipertensión y algunos trastornos psiquiátricos son los medicamentos principalmente asociados con disfunción eréctil. En efecto, en el presente estudio 63,81% de los pacientes con DE refieren tratamiento antihipertensivo representado por un bloqueador de canales de calcio como Amlodipina (23,88%) y un antagonista de los receptores de angiotensina II como el Losartan (20,89%).

Existen estudios de corte transversal, como el publicado por Robayo y otros (6) que sugieren pacientes con presencia de síntomas del tracto urinario inferior (STUI) se asocian con disminución en la frecuencia de encuentros sexuales; el aumento en el índice internacional de síntomas prostáticos (IPSS) se relaciona con un aumento en 40% del riesgo de disfunción eréctil.

Esto coincide, con lo reportado en este estudio en el cual los pacientes con DE registraron Síntomas del Tracto Urinario Inferior (STUI) en la categoría grave en 90,63%, seguido de pacientes con 57,43% de síntomas moderados. Estos resultados son confrontables con el estudio de con Duin y otros (14), donde los síntomas del tracto urinario inferior y la disfunción eréctil son condiciones comórbidas crónicas que comparten una asociación epidemiológica común.

Por otro lado, se estimó el crecimiento prostático mediante ecográfica prostática transabdominal encontrando en los pacientes con DE 70,59% grado IV, 69,39% grado III, con un promedio de volumen prostático de $47,31 \pm 26,43$ cc; demostrando que

existen diferencias estadísticas en cuanto a los STUI ($p: 0,0173$) y crecimiento prostático obtenido por ecografía ($p: 0,0006$). Del mismo modo, Bechara y otros (10) informan sobre la frecuencia de DE en pacientes con STUI/HPB resultando igual a 83,6%, lo que constituyó un factor de riesgo independiente para padecer DE.

Al realizar la revisión de la literatura se evidencia el gran interés mundial por una patología tan frecuente, con una etiología difícil de determinar en la mayoría de los casos y con un sin fin de factores asociados que repercuten en la vida de los pacientes convirtiendo a esta patología en un círculo vicioso con repercusiones psicológicas y orgánicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HATZIMOURATIDIS, K, et al (2015). Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. Disponible en: <http://www.uroweb.org>. (Consulta: 2015, mayo).
- CASTIÑEIRAS, J. Libro del residente de Urología. Asociación Española de Urología. Graficas Marte S.L. 2007.
- KIM, S. et al. Potential predictors of asymptomatic ischemic heart disease in patients with vasculogenic erectile dysfunction. *Urology*; 2001; 58(3): 441-5.
- PUIGVERT, A. et al (2013). Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil. Disponible en: www.asesa.org/attach/admin/...documentos/Documento_de_Consenso_sobre_DE.pdf (Consulta: 2014, mayo).
- KORFAGE, I. et al. Erectile Dysfunction and Mental Health in a General Population of Older Men. *J Sex Med*; (2009). 6:505 – 512.
- ROBAYO, J. Prevalencia de disfunción eréctil y factores asociados en un hospital de tercer nivel. *Revista Urología Colombiana*; (2009). XVIII (1): 39-46. Sociedad Colombiana de Urología.
- ZABALA, et al. Disfunción Eréctil en población masculina mayor de 35 años en la ciudad de Siguatepeque, Honduras. *Rev. Fac. Cienc. Méd.*: (2011). 10-20.

8. MELEAN, E. (2016). Relación entre disfunción eréctil y factores de riesgo de progresión en hiperplasia prostática benigna. Universidad Autónoma de Barcelona. Fundación Puigvert. Trabajo especial de grado para optar al Título de Magister en Andrología Clínica.
9. CEBALLOS, M. et al (2015). Sociedad Colombiana de Urología. Guías de práctica clínica. Guía de disfunción eréctil. Sociedad Colombiana de Urología. 2-3.
10. BECHARA, A. et al. Síntomas del tracto urinario inferior y disfunción eréctil en la consulta urológica en Argentina. Archivos Españoles de Urología; (2013). 66 (10): 917 – 924.
11. DEVECI, S. et al. Can the International Index of Erectile Function Distinguish Between Organic and Psychogenic Erectile Function? BJU Int.; (2008) 102(3): 354-6.
12. PAVIA, N. et al. Disfunción Eréctil en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y metabólicas en una población rural de Yucatán, México. Revista Mexicana de Urología; (2012) 72(5):240-244.
13. ARIAS, C. et al. Prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo asociados a disfunción eréctil en pacientes hipertensos del Hospital Universitario del Caribe de Cartagena en 2013. Urología Colombiana; (2014). 23(2): 109–112.
14. DUIN, R., (2015). Síntomas del tracto urinario inferior y disfunción eréctil... alguna conexión???"State of Art". Disponible en: <http://www.loveuro.org.ve/especialistas/wpcontent/uploads/.../Articulo-de-DE-y-STUI.pdf>. (Consulta: 2015, Septiembre).