
Prevalencia y evaluación de función eréctil, satisfacción sexual y función orgásmica en varones.

Prevalence and evaluation of erectile function, sexual satisfaction and orgasmic function in men.

Vicente Gonzaga Gonzaga *
Hamilton Lama Tapia **

RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la disfunción eréctil (DE) en una población ecuatoriana masculina. **Métodos:** se realizó un estudio seccional, con todos los empleados >18 años que laboren en el hospital Naval Guayaquil (HOSNAG), para el efecto se utilizó el índice Internacional de Función Eréctil (IIEF) y un cuestionario adjunto. **Resultados:** de 272 sujetos la prevalencia total de disfunción eréctil (DE) fue 29,8%. El estado civil casado mostró disminución del riesgo (Odds Ratio (OR) 0.3, Intervalo de Confianza (CI) 0,2-0,6, p 0,001. El ingreso económico bajo elevó el riesgo (OR 3.6, IC 1.7-7.4, p 0.001). El nivel educativo bajo y antecedentes de enfermedades, aumentó el riesgo (p 0.004 y p 0.006 respectivamente); el alcoholismo de leve a moderado disminuyó el riesgo (OR 0.4; IC 0.24-0.8; p 0.009). La prevalencia de DE estuvo altamente relacionada con la edad; sin embargo, esta variable tuvo dos picos de frecuencia: < 19 - 29 años y > 50 años. **Conclusiones:** existe una elevada prevalencia de DE en la población estudiada, y entre los varones no casados, con ingreso económico bajo y nivel educativo bajo. Un screening para DE debería hacerse en estos grupos de riesgo.

Palabras clave: Disfunción eréctil. Prevalencia. Factores de riesgo.

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence and risk factors associated with the erectile dysfunction "ED" in a crowd of male Ecuadorians **Methods:** A sectional study with all employees >18 who worked at "Naval Guayaquil" hospital (HOSNAG) was carried out. For such study the International Index of Erectile Function "IIEF" and an attached questionnaire were used. **Results:** Out of 272 individuals the total erectile dysfunction prevalence was 29,8% The married showed risk decrease (Odds Ratio "OR") 0.3, Confidence Interval (CI) 0,2-0,6, p 0,001. The low income increased the risk (OR 3.6, IC 1.7-7.4, p 0.001.) The low educational level and illness precedents increased the risk (p 0.004 y p 0.006 respectively); the alcoholism from slight to moderate diminished the risk (OR 0.4; IC 0.24-0.8; p 0.009). The prevalence of DE was highly related to the age; however, this variable had two frequency peaks: <19 – 29 years old and > 50 years old. **Conclusions:** There is an elevated prevalence of DE in the studied population, and among the unmarried men, with low income and low educational level. A screening for DE should be made to these risk groups.

Key words: Erectile dysfunction. Prevalence. Risk factors.

Introducción

La disfunción eréctil (DE) ha sido definida como la incapacidad de alcanzar y mantener una erección peneana suficiente para lograr un desempeño sexual satisfactorio (Johannes et al, 1988; NIH, JAMA, 1993)¹.

Este desorden sexual es un problema común que afecta el bienestar del 30 al 56% de varones comprendidos entre 40 y 70 años (Anson et al, 2000).

48 * Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.

** Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y Médico Residente, hospital Clínica "Kennedy", Guayaquil, Ecuador.

Aunque no es una amenaza para la vida, la disfunción eréctil no debería ser considerada como un desorden benigno puesto que puede tener un fuerte efecto negativo sobre las relaciones interpersonales, el bienestar y la calidad de vida^{3,4}.

Enfermedades tales como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, hiperlipidemia, enfermedades renales crónicas o hepáticas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedades endócrinas, todas ellas han sido asociadas con la disfunción eréctil (Johannes et al, 1988; Jensen et al, 1999)^{2,3}.

La edad guarda una relación directa con la prevalencia de la disfunción eréctil. Johannes et al (1988) encontró que la incidencia de la disfunción eréctil fue casi 4 veces más alta para hombres mayores de 60 años, comparado con aquellos de edades comprendidas entre 40 a 49 años^{4,6}.

A pesar de los avances del conocimiento de la fisiología eréctil y de las causas y tratamiento de la disfunción, existen vacíos en nuestro conocimiento sobre la prevalencia y factores de riesgo de dicho problema en términos de población local.

Por otro lado, se sabe que aspectos psicológicos y sociales juegan un papel importante en la concepción de la patología como una enfermedad susceptible a tratamiento, y a su vez que estas concepciones varían entre razas y regiones e incluso dentro de grupos poblacionales de un mismo país (Laumann et al, 1994), por lo tanto es de esperar diferencias sustanciales entre los estudios internacionales y locales^{2,5}.

Estudios de la prevalencia de la disfunción eréctil, así como sus determinantes y consecuencias en los diferentes países podrían ser de mucha utilidad, ya que a medida que las sociedades difieren étnica, cultural y económicamente, podrían también diferir con respecto a los factores potenciales de riesgo de la disfunción eréctil; un buen conocimiento de estos aspectos es crucial para planificar estrategias para un efectivo tratamiento y prevención.

Con el presente trabajo se trata de contribuir a las investigaciones que llenen estos vacíos, para lo cual se planteó los objetivos que se describen a continuación^{4,7}.

Objetivos generales

- Evaluar la disfunción eréctil en una población cautiva usando un cuestionario internacional de evaluación. (IIEF).

Objetivos específicos

- Identificar la incidencia de DE en este grupo poblacional.
- Comparar los resultados obtenidos con estadísticas de otros estudios internacionales.
- Evaluar el grado de conocimiento y la aceptación de la disfunción eréctil en la población estudiada.
- Evaluar la aceptabilidad de recibir tratamiento.

Hipótesis

La prevalencia de DE determinados en esta población cautiva masculina ecuatoriana son similares a los reportados en informes internacionales.

Materiales y métodos

Materiales

Variables

Datos estadísticos y sociodemográficos

- Edad: cualquier edad mayor a 18 años.
- Ingreso mensual en dólares: definiéndose como condición socio-económica baja un ingreso familiar total < a la mediana de los valores recibidos por el grupo estudiado.
- Dirección del domicilio actual.
- Peso en libras.
- Talla en centímetros.
- Índice de Masa Corporal (IMC) definido como el peso en kilos dividido para la talla en metros elevado al cuadrado.
- IMC Bajo definido con un valor inferior a 20.
- IMC Normal definido con un valor entre 20 y 25.
- IMC Elevado definido como un valor superior a 25.
- Nivel Educativo Bajo definido como aquellas personas que a lo máximo llegaron a un nivel secundario.
- Antecedentes patológicos personales.
- Antecedentes de uso de fármacos.
- Hábitos: consumo de alcohol y tabaco.

- Consumo elevado de alcohol definido como el consumo de más de un día a la semana; si es menos, se considera consumo leve o moderado.
- Tabaquismo definido como el consumo de por lo menos un tabaco diario.
- Consumo de drogas ilícitas.
- Antecedentes personales quirúrgicos.
- Sedentarismo definido como no caminar como un mínimo de dos veces por semana más de veinte minutos.
- Intento de relación sexual en los últimos seis meses.
- Número de parejas sexuales elevado definido como aquellos que tienen más de una pareja sexual en el último año.
- Presencia o no de eyaculación precoz (definida como eyaculación en tres minutos después de la penetración).
- Antecedentes de violencia sexual infantil o posterior.
- Satisfacción sexual con la pareja.

Preguntas que evalúan el nivel de aceptación de la disfunción eréctil como enfermedad tratable

- Satisfacción sexual con la pareja
- Predisposición para consultar al médico
- Aceptabilidad de algún tipo de tratamiento

Variables estudiadas en el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF)

Valoración de la función eréctil

La función eréctil se evaluó con el puntaje obtenido en las preguntas 1 a 5 y 15 del IIEF. Los puntos de corte proporcionados por el cuestionario para disfunción grave a valores por debajo de 10, disfunción moderada a valores entre 11 y 16, disfunción leve con valores entre 17 y 25, sin disfunción con valores mayores de 26,8,9.

Valoración de la función orgásmica, satisfacción sexual, deseo y satisfacción global

La función orgásmica se evaluó con las preguntas 9 y 10 del IIEF. No existen puntos de corte por lo que se consideró como variable dependiente de riesgo el tener un puntaje inferior a la mediana de los valores del grupo estudiado.

La función orgásmica se evaluó con las preguntas 6,7 y 8 del IIEF; el nivel de deseo con las preguntas 11 y 12; y, la satisfacción global, con las preguntas 13 y 14 del IIEF. Para estos valores el cuestionario no proporciona puntos de corte, usándose como valor de referencia para evaluar los factores de riesgo, el tener un puntaje inferior a la mediana de los valores del grupo⁹.

Métodos

Tipo de estudio:

La presente investigación se realizó como un estudio de corte transversal (tipo encuesta).

Universo: fueron incluidos para este estudio todos los empleados varones que laboran en el Hospital Naval Guayaquil (HOSNAG), tomando como muestra aquellos > de 18 años de edad, militares y civiles, que en los últimos seis meses mantengan una relación sexual estable o la hayan intentado y además que consientan llenar el cuestionario usado para esta investigación.

Los individuos objeto de este estudio se encuestaron en base al cuestionario del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF), propuesta por Rosen et al (1997). Para cumplir con los objetivos propuestos se incluyó un cuestionario sobre salud reproductiva. Los cuestionarios se entregaron en sobre sellado a aquellos varones que aceptaron participar en el momento de entrada al hospital cuando los empleados se reúnen a marcar su entrada. Se les indicó a los participantes que lo llenen y que serán recogidos en 24 horas posterior a su entrega, así mismo en sobre sellado³².

Criterios de exclusión: se excluyó aquellos varones que no habían tenido un intento de relación sexual en los últimos seis meses, los menores de 18 años y aquellos que no llenaron el cuestionario correctamente.

Se usó una base de datos precisamente diseñada en Excel que permitió obtener los datos estadísticos y matemáticos, los que fueron cuantificados. Otros datos de carácter cualitativo se los encasilló en pocos rangos específicos para su tabulación. Se utilizó el programa SPSS para Windows versión 10.0; se hicieron cálculos de frecuencia y luego de regresión múltiple según el caso.

Resultados y discusión: de los 299 encuestados, fueron eliminados 27 por no contestar correctamente el IIEF quedando un total de 272 para el cálculo final.

La prevalencia general de DE en la muestra se representa en la tabla 1. Se observan valores mayores para DE leve (19.9%) de la población, mayor prevalencia de DE grave (5,5%), moderada (4.4%). La prevalencia acumulativa de cualquier tipo de DE fue del 29.8%.

Tabla 1
Prevalencia de cualquier tipo de DE.

Tipo de disfunción	Frecuencia	Prevalencia (%)
DE total	81	29.8
DE leve	54	19.9
DE moderada	12	4.4
DE grave	15	5.5

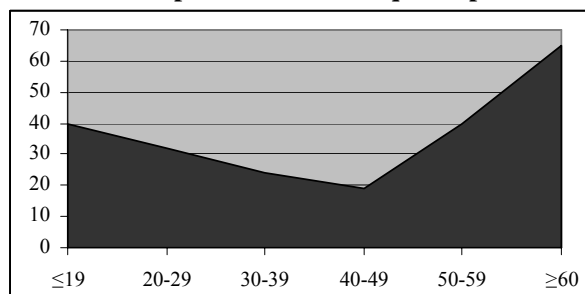
Fuente: autores; hospital Naval de Guayaquil.

Estos resultados están dentro de los rangos encontrados en otros estudios. Así, Laumann et al (1994) encontró una prevalencia de DE en un grupo de 18 a 59 años con valores de 5,6 a 20,2%, con un promedio de 10.4%. Virag y Beck (1991) encontraron una incidencia del 39% en un grupo de edad de 18 a 79 años. Sin embargo, en otros estudios se encontró una prevalencia menor de DE, así Ugarte y Barroso encontraron un 9,7% en varones de 18 a 40 años^{14,15,35}.

Se analizó también la distribución por grupo de edad de los diferentes niveles de DE, como se observa en la tabla 1 y en el gráfico.

Gráfico

Distribución por edades de cualquier tipo de DE



Fuente: autores; hospital Naval de Guayaquil.

En el gráfico se observa la distribución etaria de cualquier tipo de DE. Se encontró en el 30.1% de la muestra, observándose dos picos de prevalencia, uno en el grupo etario más joven, los comprendidos en edades menores de 18 años y los

de 20 a 29 años con porcentajes de 40% y 32.7% respectivamente; y el segundo pico es en el grupo de mayor edad, los comprendidos en edades de 50 a 59 años y los mayores de 60 años con porcentajes de 41.3% y 64.7% respectivamente²¹.

El pico de prevalencia encontrado en los grupos de edades más jóvenes, no concuerda con otros estudios. La posible causa de esta diferencia es que el tamaño de la muestra es pequeño en comparación con las grandes muestras de dichos estudios; sin embargo, vale la pena averiguar en profundidad este hallazgo^{23,25}.

En cuanto al grupo de mayor edad, los resultados fueron similares a otros estudios; así, Moreira et al, (2002) encontró una prevalencia de 45.9% en edades mayores de 40 años, Morillo en el estudio DENSA que incluyó Colombia, Ecuador y Venezuela encontró una prevalencia de 53.4% en mayores de 40 años.; un estudio hecho en Brasil en el 2000 encontró una prevalencia de 48.8% en 1284 varones de 40 a 70 años^{25,26}.

Análisis de los resultados de regresión múltiple de las variables asociadas con Disfunción Eréctil de cualquier tipo

En la tabla 2 se presentan los resultados encontrados en el análisis de regresión con las variables asociadas con la disfunción eréctil.

Cuando se analizó cualquier tipo de disfunción eréctil, se encontró que el estar casado disminuía el riesgo de padecerla (OR = 0.3; IC = 0.2-0.6; p = 0.001). De la misma manera el ingreso bajo fue fuertemente correlacionado a elevar el riesgo de disfunción eréctil de cualquier tipo (OR = 3.6, IC = 1.7-7.4); p = 0.001). El nivel educativo bajo y el presentar antecedentes de enfermedades (diabetes e hipertensión arterial como las principales), aumentó el riesgo (p = 0.004 y 0.006 respectivamente); por lo contrario el alcoholismo de leve a moderado disminuyó el riesgo (OR = 0.4; IC = 0.24-0.8; p = 0.009)^{12,14,35}.

El estado civil no ha sido considerado como variable asociada a DE en los reportes internacionales. En el presente estudio se encontró una asociación de la condición de ser casado con el riesgo de DE, disminuyendo al mismo. Esto posiblemente se explique por el hecho que los

varones casados tienen una vida sexual estable^{13,28,29}.

El ingreso económico bajo y el nivel educativo bajo encontrados en este estudio como factores de riesgo asociados con la DE, también han sido reportados en otros estudios. Así Johannes et al (1998) encontró que la incidencia de disfunción eréctil fue inversamente relacionada con el nivel de educación y con la economía de los pacientes^{2,10,11,14}.

Tabla 2
Regresión múltiple de las diferentes variables asociadas a DE

Variables	Odds Ratio (OR)	Intervalo de Confianza (IC)	Significancia (p)
Factores asociados a cualquier grado de DE			
Casado	0.3	0.2-0.6	0.001
Ingreso bajo	3.6	1.7-7.4	0.001
Nivel educativo bajo	2.4	1.3-4.4	0.004
Enfermedad	2.5	1.3-4.9	0.006
Alcoholismo leve a moderado	0.4	0.24-0.8	0.009
Factores asociados a DE Grave			
Ingreso bajo	10.7	1.4-83.4	0.02
Alcoholismo leve a moderado	0.3	0.1-0.9	0.04
Factores asociados a DE moderada			
Ingreso bajo	5.2	0.6-42.5	NS
Nivel educativo bajo	4.4	0.9-21.2	NS
Factores asociados a DE leve			
Casado	0.3	0.1-0.6	0.002
Ingreso bajo	1.9	0.8-4.1	NS
Nivel educativo bajo	2	0.1-4.8	0.03
Enfermedad	2.5	1.3-5	0.007
Factores asociados a función orgásmica por debajo de la mediana			
Edad por encima de la mediana	1.7	0.9-3.2	0.06
Casado	0.3	0.1-0.5	0.0001
Ingreso bajo	3.3	1.7-6.4	0.0001
Nivel educativo bajo	2.7	1.5-4.8	0.0001
Alcoholismo leve a moderado	0.4	0.2-0.8	0.01

Factores asociados a satisfacción sexual por debajo de la mediana			
Edad por encima de la mediana	1.7	0.9-3.2	0.06
Casado	0.3	0.1-0.5	0.0001
Ingreso bajo	3.3	1.7-6.4	0.0001
Nivel educativo bajo	2.7	1.5-4.8	0.0001
Alcoholismo leve a moderado	0.4	0.2-0.8	0.01
Factores asociados a nivel de deseo por debajo de la mediana			
Edad por encima de la mediana	1.8	1-3.1	0.03
Ingreso bajo	2	1.1-3.7	0.02
Nivel educativo bajo	2.1	1.2-3.7	0.01
Factores asociados a satisfacción global por debajo de la mediana			
Edad por encima de la mediana	2.3	1.2-4.4	0.008
Casado	0.4	0.2-0.8	0.008
Ingreso bajo	3.6	1.7-7.4	0.0001
Nivel educativo bajo	2.5	1.4-4.6	0.003
Alcoholismo moderado	0.6	0.3-1.08	0.084

Fuente: hospital Naval de Guayaquil.

Varias enfermedades se asocian con DE, entre ellas las más comunes son la diabetes mellitus, HTA, hiperprolactinemia, aterosclerosis, insuficiencia renal y otras enfermedades crónicas. En este estudio, también se encontró una asociación de hecho el presentar cualquier enfermedad y la DE. Las enfermedades reportadas fueron en su mayoría diabetes, hipertensión, ansiedad, coincidiendo con lo esperado; sin embargo algunos refirieron enfermedades que no se asocian a DE, como cirrosis, sinusitis, artritis, entre otras^{30,31}.

En cuanto al consumo de alcohol, los resultados coinciden con lo encontrado por Rimm et al (2000) que reportó que el consumo moderado de alcohol (una o dos bebidas por día) daba menor prevalencia de disfunción eréctil que el consumo elevado o que aquellos que no consumían alcohol. Así mismo, son comparables con los reportados por Moreira et al (2002), que encontraron que el consumo de tres bebidas o menos por día estaba inversamente relacionado a la disfunción eréctil^{16,18,26,32}.

No se encontró una relación entre la DE y obesidad (Índice de Masa corporal Alto, definido como aquellos valores por encima de 30 Kg. /m²) y tabaquismo. Estos resultados coinciden parcialmente con lo encontrado por Moreira et al (2002), que no encontró relación entre obesidad y DE en el análisis multivariado pero si en el bivariado; pero encontró una relación dosis dependiente entre el número de cigarrillos por día y DE^{17,24}.

Otras variables tales como uso de fármacos, antecedentes quirúrgicos, sedentarismo, eyaculación precoz, el poseer más de una pareja sexual, uso de drogas ilícitas; no estuvieron relacionadas con la DE bajo las condiciones en que se realizó el presente trabajo^{19,34}.

Contrario a lo esperado y a lo reportado de investigaciones similares, la variable edad en este estudio no presentó relación con la disfunción eréctil. Esto se explica porque se encontró dos picos en la frecuencia de DE el grupo uno en la clase joven (menores de 19 a 29 años) y otro en el grupo de mayor edad (mayores de 50 años).

Normalmente la vejez se asocia con DE tal como se encontró en el estudio pero no se esperaba una incidencia tan alta en el grupo joven. Las posibles causas de este hallazgo podrían tener relación con el tamaño de la muestra; sin embargo como se analizará más adelante, en este estudio se encontró que el aumento de edad estaba relacionado con otras anomalías sexuales que también son valoradas por el IIEF lo que incita a estudiar un poco más la incidencia de DE en los jóvenes e identificar sus causas^{20,22,27}.

Análisis de los resultados de regresión múltiple de las variables asociadas con Función Orgásmica, Satisfacción Sexual, Nivel de deseo y Satisfacción Global por debajo de la mediana.

En el análisis de regresión la edad tuvo una pequeña asociación, con valores OR que variaron desde 1.7 a 1.9 para satisfacción orgásmica, satisfacción sexual y nivel de deseo; y con valores de p comprendidos entre 0.06 y 0.03.

El nivel educativo bajo y el ingreso económico bajo tal como ocurrió con el análisis de la función eréctil, también tuvo una intensa asociación para las diferentes variables^{28,32}.

La condición de ser casado disminuyó el riesgo de tener una función orgásmica y satisfacción sexual por debajo de la mediana pero no influyó en el nivel de deseo. La presencia de enfermedades fue factor de riesgo con alto grado de asociación (OR = 2.5, p = 0.005) para satisfacción sexual por debajo de la mediana y no repercutió en las otras variables.

En el análisis de la satisfacción global, la edad, el ingreso económico bajo y el nivel educativo bajo nuevamente aparecen como factores predisponentes con un alto índice de confianza (valores de p entre 0.003 y 0.0001). Por el contrario, la condición de ser casado y el alcoholismo moderado disminuyó el riesgo, que se evidencia en los valores de OR = 0.4 y 0.6 respectivamente. Estos resultados también son similares a los encontrados cuando se analizó la función eréctil^{29,33}.

Conclusiones

Existe una incidencia elevada de DE en la población estudiada, con una mayor prevalencia en los grupos de edad más jóvenes y los mayores; lo que parcialmente coincide con lo esperado. Los factores de riesgo más importantes en la muestra estudiada, como causantes de DE son el ingreso económico bajo y el nivel educativo bajo, coincidiendo con otros estudios que también identifican estos factores; pero en nuestro medio no son tan importantes otros factores que si lo son en otros países, como la obesidad, el tabaquismo o el consumo de alcohol^{2,5,8}.

El consumo moderado y leve de alcohol junto con el estado civil casado, fueron factores que disminuyó el riesgo de DE; estos resultados coinciden con lo encontrado en otros estudios, con la diferencia que en éstos, no se tomó en cuenta el estado civil como una variable de estudio^{12,17,22}.

Muy pocos la asociaron a diabetes mellitus o vejez, o a alguna enfermedad o condición que sea relacionada con la DE.

Referencias bibliográficas

1. Ansong K. S., Lewis C., Jenkins P., Bell J. Epidemiology of erectile dysfunction. A Community-based study in rural New York State. *Ann Epidemiol.* 10: 293-6. 2000.

2. Aytac I. A., Araujo A. B., Johannes C. et al. Socioeconomic factors and incidence of erectile dysfunction: findings of the longitudinal Massachusetts Male Aging Study. *Soc. Sci Med*; 51: 771-8. 2001.
3. Aytac I. A., McKinlay J. B., Krane R. J.: The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU. Int* 84: 50-6. 1999.
4. Benel A. E. and Melman, A. The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction. *Urol. Clin. North. Am.* 22 (4): 699-709. 1995.
5. Brock G. B., Lue T. F. Drug-induced male sexual dysfunction, an update. *Drug Saf.* ; 86:414-26. 1993.
6. Carrier S., Brock G., Kour N. W., Lue T. F. Pathophysiology of erectile dysfunction. *Urology.* 42 (4): 468-81. 1993.
7. Chew K. K., Earle C. M., Stuckey B. C., Jamrozik K.K., Keogh E. J. Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates. *Int.J.Res.* 12:41-45. 2002.
8. Federman D. D. *Endocrinology.* Ed. Scientific American Medicine. New York, 1997.
9. Feldman H A. Goldstein I., Hatzichristou D G., Krane R J., McKinlay J B. Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *J. Urol.* 151: 54- 61. 1994.
10. Goldstein I., Lue T., Paadma-Nathn H., et al. Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *NEJM.* 338 (20): 1397-1404. 1998.
11. Guest J. F., Das Gupta R. Health – related quality of life in a UK-based population of men with erectile dysfunction. *Pharmacoeconomics.* 20(2): 109-17. 2002.
12. Jamerson K. and DeQuattro V. The impact of ethnicity en response to antihypertensive therapy. *Am J. Med.* 101(Suppl. 3A). 1996.
13. Jensen J. A., Lendorf A., Stimpel H., Frost J., Ibsen H., Rosenkilde P. The prevalence and etiology of impotence in 101 male hypertensive outpatients. *Am. J. Hypertens.* 12:271-275. 1999.
14. Johannes, C. B., Araujo A. B., Feldman H. A., et al. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: Longitudinal results from the Massachusetts male aging study. *J. Urol.* Vol.163:460-463. 1988.
15. Kedia S., Zippe C. D., Agarwal A., Nelson D. R., and Lakin M. N. Treatment of Erectile Dysfunction With Sildenafil citrate (Viagra) after radiation therapy for prostate cancer. *Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio.* 54: 308-331. 1999.
16. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E. *Sexual Behavior in the Human Male.* 2000.
17. Kirby R. S. Impotence, Diagnosis and management of male erectile dysfunction. *Br. Med.J.* 308: 957-61.1994.
18. Laumann E. O., Paik A and Rosen R. C. Sexual dysfunction in the Unite States, Prevalence and Predictors. *JAMA.* Vol. 271: 537-544. 1994.
19. Lerner S. E., Melman A., Crist G. J. A review of erectile dysfunction, new insights and more questions. *J. Urol.* 149: 246-55. 1993.
20. Lue T. F. Erectile dysfunction. *NEJM.* 342: 1802-13. 2000.
21. McMahon G. Touma K. Treatment of Premature ejaculation with paroxetine hydrochloride as needed: 2 single blid placebo controlles crossover studies. *J Urol.* 161:1826-30. 1999.
22. Melman A. and Gingell J. E. The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction *J. Urol.* Vol. 161: 5-11. 1999.
23. Miller M., A. W, Morgan R. J. Eicosanoids, erections and erectile dysfunction. *Prostagl Leukotr Ess Eattv Acids.* 51(1): 1-9. 1994.

24. Montague D. K., Barada J. H., Belker A. M., et al. Clinical Guidelines Panel on Erectile Dysfunction: Summary report on the treatment of organic erectile dysfunction. *J. Urol.* 156: 2007-11. 1996.
25. Morales A. M., Sanchez C., J. J., Saenz I. et al. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: Results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study. *J. Urol.* 166: 569-74. 2001.
26. Moreira E. D., Bestane W.J., Bestane B. E., Saraiva F. J.A. Prevalence and determinants of Erectile dysfunction in Santos, southeastern Brasil Epidemiology and Statistics Unit Goncalo Moniz Research Center. *Sau Paulo Med. J.* vol. 120 (2). 2002.
27. Mulcany J. J. Erectile dysfunction: Is the Incidence increasing? *J. Urol.* 163: 471. 2000.
28. Murraray F. T., Geisser M., Murphy T. C. Evaluation and treatment of erectile dysfunction. *Am. J. Med. Sci.* 309(2): 99-109. 1995.
29. NIH Consensus Development Panel on Impotence: NIH, JAMA. Vol. 270: 83-90. 1993.
30. Pfizer. Actualización en disfunción eréctil. Primer fascículo: Definición y Prevalencia. Impreso por Noción. Quito, Ecuador. 1998.
31. Pugh J. A., Medina R. A., Cornell J. C., Basu S. NIDDM is de major cause of diabetic end stage renal disease. More evidence from a tri-ethnic community. *Diabetes.* 44 (12):1375 - 80. 1995.
32. Rimm E.B.; Bacon C.G.; Giovannucci E.L.; Body weight, physical activity, and alcohol consumption in relation to erectil dysfunction among U.S. male health profesionales free of major chronic diseases. *J Urol* 163(4): 15. 2000.
33. Rosen R. C., Riley A., Wagner G., Osterloh H., Kirpatrick J., Mishra A.: The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 49: 822-830. 1997.
34. Tomlinson, J. M. and Wright. Impact of erectile dysfunction and its subsequent treatment with sildenafil: qualitative study. *BMJ*, doi: 10.1139/bmj.38044.6621.EE, 2004.
35. Virag R. and Beck-Ardilly L. Nosology, Epidemiology, Clinical quantification of Erectile Dysfunction. *J. Urol.* 145 (2): 287-293. 1991.

Hamilton Lama Tapia

Teléfonos: 593-04-2364983; 099898442

Correo electrónico: jotyin77@hotmail.com

Fecha de presentación: 26 de marzo de 2007

Fecha de publicación: 30 de diciembre de 2008

Traducido por: Instituto de Cultura, Arte, Idioma y Multimedia. Responsable: Estefanía Padilla V.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**