

## Prevalencia de disfunción eréctil en atención primaria. ESTUDIO DE GAL

Contreras Martinón, F.

Médico residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Atención Primaria Concepción Arenal de Santiago de Compostela. Área Sanitaria de Santiago de Compostela.

Moar Calvo, B.

Médico residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Padrón. Área sanitaria de Santiago de Compostela.

Segade Buceta, X.

Médico especialista en Medicina Preventiva. Doctor en Medicina. Xerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela. Área sanitaria de Santiago de Compostela.

Martínez Bravo, J.

Médico de Atención Primaria. Servicio de Atención Primaria Concepción Arenal de Santiago de Compostela. Área sanitaria de Santiago de Compostela.

Girón Daviña, M.

Médico de Atención Primaria. Centro de Salud de Padrón. Área sanitaria de Santiago de Compostela.

Cad Aten Primaria  
Año 2008  
Volumen 15  
Pág. 9-13

### RESUMEN

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de la disfunción eréctil (DE) en dos consultas de Atención Primaria del Área sanitaria de Santiago de Compostela y determinar su relación con determinadas variables.

**Diseño del estudio:** Realizamos un estudio transversal en dos consultas de Atención Primaria del Área sanitaria de Santiago de Compostela.

**Participantes:** Se eligieron por muestreo consecutivo 351 pacientes varones sobre una población de 1140 pacientes que acudieron a las consultas a demanda del 1 de Marzo al 30 de Abril del año 2006.

**Mediciones principales:** Se utilizó el cuestionario SQUED para determinar la prevalencia de disfunción eréctil, así como su relación con la presencia de determinadas enfermedades o hábitos como la toma de alcohol o el consumo de tabaco, con la toma de fármacos y la edad de los pacientes encuestados. También medimos el interés que presentaba el paciente en solucionar su problema.

**Resultados:** La prevalencia de la DE de nuestra muestra fue de 20,8% (IC 95%: 17,2-24,5). Situando la horquilla de edad por encima de los 40 años, la prevalencia resulta ser de 25,2% (IC 95%: 21,3-29,1). Resultó estadísticamente significativa la relación entre la prevalencia de la DE y la edad ( $p=0,001$ ). La presencia de HTA y DE presentó relación estadística significativa ( $p=0,001$ ), así como la presencia de enfermedad coronaria y DE ( $p=0,016$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de la DE en estas dos consultas de Atención Primaria es similar a las obtenidas en otros estudios reali-

zados en nuestro medio. Las variables que influyen en la aparición de DE son la edad, la presencia de HTA y de enfermedad coronaria.

**Palabras clave:** Impotence. Dysfunction erectyle. Prevalence. Primary care.

### INTRODUCCIÓN

La disfunción eréctil (DE) se define como la incapacidad persistente de tener y/o mantener una erección adecuada y suficiente para conseguir una relación sexual coital satisfactoria<sup>1</sup>. Existe la creencia de que la DE es normal a una determinada edad, pero la DE está definida por la OMS como una enfermedad clase III, la misma clase en la que está incluida la artritis reumatoide<sup>2</sup>.

Diversos estudios nacionales<sup>3,4</sup> e internacionales<sup>5-27</sup> sitúan la prevalencia de DE entre un 13 y 52% cuando la horquilla de edad se sitúa entre los 40 y 70 años. No existen demasiados datos acerca de la prevalencia de la DE en nuestro medio<sup>3,4</sup>.

Existen datos que confirman que sólo el 18% de los pacientes con problemas en la esfera sexual consultan su problema con su médico<sup>21,28</sup>. Tan sólo el 6% de los médicos preguntan directamente por la sexualidad a sus pacientes<sup>21,28</sup>. Se ha demostrado que el paciente acepta que sea el médico el profesional que investigue y trate una posible disfunción sexual<sup>28</sup>. Muchos pacientes no se deciden a consultar por este problema, pero si su médico de Atención Primaria les pregunta, están de acuerdo en estudiar y tratar su problema<sup>3</sup>.

La aparición de DE puede ser una señal de alarma acerca de posible patología endotelial que en grado extremo podría desembocar en un infarto agudo de miocardio<sup>29</sup>.

No existen demasiados estudios que traten de conocer la prevalencia de la DE en una consulta de Atención Primaria.

Recientemente, en la conferencia de la sociedad europea de Urología se aprobó como método de screening para la DE el cues-

#### Dirección para correspondencia:

Francisco Contreras Martinón  
Calle Ciudad de Lugo, 35; 7º B. CP15004. A Coruña. España.  
E-mail: francisco.contreras.martinon@sergas.es

tionario SQUED<sup>30</sup>. Este cuestionario está principalmente indicado para ser realizado por personal no entrenado en preguntar acerca de la DE, con lo que supondría un buen método para realizar screening de DE en Atención Primaria.

Dado la elevada prevalencia de la DE, los escasos datos de dicha prevalencia de esta enfermedad en nuestro medio junto con la reciente validación de este cuestionario SQUED que resulta muy útil especialmente en Atención Primaria, consideramos necesario y justificado la realización de un trabajo, que aplicando este cuestionario, fuese capaz de determinar la prevalencia de la DE en una consulta de Atención Primaria en nuestra Área Sanitaria.

Otro de los aspectos que preguntamos en la encuesta fue conocer el interés en solucionar el problema de DE en el caso de que se les hubiese detectado. El 58,9% de los pacientes encuestados en un trabajo realizado en Holanda manifestaron su interés en solucionar su problema de DE una vez diagnosticado<sup>15</sup>.

Por consiguiente, los objetivos del estudio son analizar la prevalencia de la disfunción eréctil (DE) en dos consultas de Atención Primaria del Área sanitaria de Santiago de Compostela y determinar su relación con determinadas variables clínicas y terapéuticas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La población objeto de estudio fueron todos los pacientes del sexo masculino que acudieron a consulta a demanda de dos cupos de Atención Primaria del Área sanitaria de Santiago de Compostela durante los meses de Marzo y Abril del año 2006 (N=1140). Se elige un cupo en el ambulatorio Concepción Arenal de Santiago de Compostela y un cupo del centro de salud de Padrón. El tipo de muestreo fue consecutivo. El tamaño de muestra fue calculado para una confiabilidad del 95%,  $p=0,20$  y una precisión del 3,5%, haciendo corrección por población finita, y que resultó ser de 349. Finalmente, entraron en la muestra 351 sujetos que acudieron a demanda a la consulta durante dichos meses. Se descartaron los sujetos menores de edad y los que en los últimos 6 meses referían no haber mantenido relaciones sexuales ( $n=19$ ). A todos los pacientes seleccionados se les realiza el cuestionario SQUED, siempre realizado por su médico de cabecera o su enfermera, durante el tiempo dedicado a su consulta.

Se trata de un estudio transversal, en el que recogimos, aparte de las tres preguntas que constituyen el cuestionario SQUED, entre los antecedentes personales de nuestros pacientes la presencia o no de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad coronaria, síndrome depresivo, tabaquismo, alcoholismo e hiperplasia benigna de próstata, intervenida o no. En cuanto a los tratamientos, recogimos la toma o no de antihipertensivos, antidepresivos, neurolépticos y antiandrógenos. Quisimos además conocer el interés o no de que los pacientes con resultado en el cuestionario SQUED sugiriese DE de

solucionar los problemas relativos a las preguntas que le acabábamos de formular.

Para el procesamiento de la información utilizamos el paquete estadístico SPSS en su versión 12.0 y el programa EPIDAT 3.1. Para el análisis univariante de los resultados se emplearon índices estadísticos descriptivos para variables cualitativas y cuantitativas (tipo media, con su desviación estándar, y mediana, con su amplitud intercuartil). Se comprobó la normalidad de éstas variables con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para el análisis bivariante de los resultados se empleó la prueba chi-cuadrado y para el multivariante la regresión logística con sus correspondientes odds ratios (OR). Para todas estas pruebas se calcularon los correspondientes intervalos de confianza (IC) del 95%.

## RESULTADOS

Del total de pacientes que contestaron la encuesta (N=369), tuvimos que descartar 18, que determinamos no válidos para el estudio por diferentes motivos, tan sólo 2 pacientes se negaron a contestar la encuesta. La edad de la muestra presentó una distribución normal ( $p=0,468$ ) con una media de 50,02 años y una desviación típica de 17,4. La edad mínima fue de 18 años y la máxima de 90. No existieron diferencias significativas entre la edad de los pacientes de ambos cupos ( $p=0,418$ ).

La prevalencia de las diferentes enfermedades que incluimos en la encuesta se muestra en la tabla 1.

TABLA 1

Prevalencia de enfermedades incluidas en el estudio.

	HTA	Tabaquismo	Sd.depresivo	Diabetes Mellitus	Alcoholismo crónico	Coronariopatía
Prevalencia	22,2%	26,0%	6,8%	7,6%	2,2%	6,5%

  

	Enfermedad de Peyronie	Enfermedad de Parkinson	Neoplasia	Hiperplasia benigna de próstata (HBP)	Hiperplasia benigna de próstata intervenida quirúrgicamente
Prevalencia	0,5%	1,1%	2,7%	3,8%	1,6%

En cuanto a los tratamientos que toman los pacientes encuestados, un 18,4% tomaba medicación antihipertensiva, el 2,4% neurolépticos y el 6,0% incluyó los antidepresivos como parte de su medicación habitual.

La prevalencia de disfunción eréctil en el total de la muestra fue de 20,8% (IC 95%: 17,2-24,5). Si la edad mínima de los encuestados la situamos en 40 años, la prevalencia se sitúa en 25,2% (IC 95%: 21,3-29,1).

En cuanto a la puntuación del cuestionario SQUED, los resultados no siguen una distribución normal, por lo que esta variable quedó definida con la mediana y rango intercuartil (mediana = 9,0; rango intercuartil = 3,0).

No existieron diferencias significativas entre la prevalencia presentada por ambos grupos de pacientes y el centro de salud al que pertenecen ( $p=0,895$ ).

Encontramos diferencias significativas en cuanto a las prevalencias de DE y la edad de nuestros pacientes ( $p=0,001$ ) (Tabla 2).

**TABLA 2**

Prevalencia de Disfunción eréctil y grupos de edad.

	Grupo de edad 1 < 40 años	Grupo de edad 2 Entre 40 y 64 años	Grupo de edad 3 > 64 años
Prevalencia de DE	9,9% (IC 95%: 8,5-11,3)	20,7% (IC 95%: 17,3-24,1)	35,5% (IC 95%: 31,4-39,6)

Encontramos significación estadística entre la presencia de Hipertensión arterial y prevalencia de DE ( $p=0,001$ ). La prevalencia de los pacientes hipertensos fue de 39,2% (IC 95%: 36,1-42,3), mientras que la de los no hipertensos 15,4% (IC 95%: 13,2-17,6).

Es estadísticamente significativa la relación entre la prevalencia de DE y la presencia de enfermedad coronaria ( $p=0,016$ ). Entre los pacientes que entre sus antecedentes presentaban enfermedad coronaria obtuvimos una prevalencia del 41,7% (IC 95%: 39,0-44,4), por 19,3% (IC 95%: 17,1-21,5%) de los que no la presentaban.

Existe significación estadística en cuanto a la prevalencia de DE y los pacientes que sufren 0, 1, 2 ó 3 ó más enfermedades ( $p=0,001$ ) (Tabla 3).

**TABLA 3**

Prevalencia de Disfunción eréctil y pacientes que sufren un número determinado de patologías.

	Pacientes sanos	Pacientes que sufren 1 enfermedad	Pacientes que sufren 2 enfermedades	Pacientes que sufren 3 ó más enfermedades
Prevalencia de DE	13,3%	20,6%	33,9%	33,3%

No encontramos significación estadística entre la toma de los diversos medicamentos y la presencia o no de DE, pero sí que existe significación estadística entre la toma de un número determinado de medicamentos y la prevalencia de la DE ( $p=0,002$ ) (Tabla 4).

**TABLA 4**

Prevalencia de Disfunción Eréctil y el número de medicamentos que toman los pacientes.

	No toma de medicamentos	Toma de 1 medicamento	Toma de 2 ó más medicamentos
Prevalencia de DE	16,4%	22,3%	39,0%

En cuanto al interés en intentar solucionar su enfermedad, muestra interés en solucionar su enfermedad el 52% de los pacientes diagnosticados de DE, no existiendo diferencias significativas entre el interés en solucionar su enfermedad y la edad de los pacientes ( $p=1,00$ ).

Al realizar el análisis de regresión logística, las variables que tienen relación con la DE fueron la edad y la HTA, con unas Odds ratios de 1,42 y 2,89 respectivamente (Tabla 5).

**TABLA 5**

Análisis de regresión logística de la prevalencia de Disfunción eréctil y la Edad y la HTA.

	Edad (cada 10 años)	Presencia de HTA
Odds Ratio	1,42	2,89
IC 95%	1,20-1,64	1,62-5,16
p	< 0,001	< 0,0001

## DISCUSIÓN

La elección de los pacientes en nuestra consulta no fue probabilística ya que el incluir a un paciente o no sólo dependía de la carga asistencial del momento en que se presentaba el paciente en la consulta, pero no nos basamos en ningún otro elemento aleatorio por lo que creemos que el resultado final no se vio influenciado por este hecho, ya que el tamaño de la muestra, aunque no fue elevado, sí creemos que suficiente para realizar el análisis estadístico.

La prevalencia global obtenida en este trabajo (Prevalencia= 20,8% (IC 95%: 17,2-24,5)) es similar a la obtenida en otros estudios similares realizados en nuestro territorio (tabla 6). En cuanto la edad se sitúa por encima de los 40 años la prevalencia sube a 25,2% (IC 95%: 21,3-29,1), cifra similar a las obtenidas en otros estudios similares.

**TABLA 6**

Estudios nacionales e internacionales que determinan la prevalencia de Disfunción eréctil.

	Estudio DEGAL (Galicia)	EDEM (España) <sup>3</sup>	España <sup>4</sup> (Región del Bierzo)	EEUU <sup>5</sup> MMAS	EGIPTO <sup>6</sup>	Holanda <sup>4</sup>
Prevalencia según características de los pacientes.	Global: 20,8% >40 años: 25,2% N=351	Global: 19,2% >40 años: 26,4% N=2.476	Global: 65,9% N=830	40-70 años: 52% N=1.180	Pacientes hipertensos: 43,2 % N=800	Global: 26% N=800
Test empleado	SQUED	IEF			IEF	

	Suiza <sup>8</sup>	Wales <sup>9</sup>	Tailandia <sup>10</sup>	Brasil <sup>11</sup>	Suecia <sup>12</sup>	Israel <sup>13</sup>	EEUU <sup>14</sup>
Prevalencia según características de los pacientes.	Global: 19,2% N=4.489	Global: 13,2% N=2002	40-70 años: 49% N=1.250	40-70 años: 15% N=600	Global: 33% N=27.387	Global: 26,9% <40 años: 22,1% N=11.914	>20 años: 20% <40 años: 22,1% N=3.566
Test empleado					Encuesta telefónica	SHIM	

	Malasia <sup>14</sup>	Holanda <sup>15</sup>	Portugal <sup>16</sup>	Polonia <sup>17</sup>	Italia <sup>11</sup>	Canadá <sup>18</sup>
Prevalencia según características de los pacientes.	40-70 años: 22% N=600	Global: 14,2% N=1.81	Global: 70% N=49	>40 años: 42,7% N=3.520	40-70 años: 17% N=600	40-88 años: 49,4% N=3921
Test empleado						IEF

	Japón <sup>11</sup>	Hong-kong <sup>11</sup>	Turquia <sup>21</sup>	Turquia <sup>24</sup>	Holanda <sup>25</sup>	Pakistán <sup>26</sup>	Egipto <sup>28</sup>
Prevalencia según características de los pacientes.	40-70 años: 34% N=600	Global: 28,8% N=298	Global: 45,3% N=2.288 FSHQ	EPOC: 90% N=53 IEF	Global: 17% N=2.117	35-70 años: 80,8% N=11.914	35-70 años: 63,6% N=3.566
Test empleado							

	Nigeria <sup>27</sup>	EEUU <sup>28</sup>	Korea <sup>29</sup>
Prevalencia según características de los pacientes.	35-70 años: 57,4% N=102	Global: 56% N=102	Global: 36,5% N=3.501 IEF
Test empleado		SHIM	

Los resultados de otros estudios parecidos que se muestran en la tabla 6 son muy variables, aunque cabe destacar que los estudios de prevalencia de DE realizados en España muestran unas cifras similares a las obtenidas en nuestro estudio.

En cuanto al interés en solucionar su problema de DE, en nuestro estudio, el 52,9% de los pacientes se mostró receptivo a intentar solucionar su problema. No existe demasiada bibliografía internacional al respecto. En un estudio desarrollado en Holanda, el 58,1% respondieron afirmativamente a la pregunta de si tenían intención de solucionar ese problema<sup>15</sup>.

No existe en la bibliografía encontrada hasta el momento ningún estudio que utilice el cuestionario SQUED para determinar la prevalencia de DE por lo que la variación de resultados también podría verse influida por este hecho. Los pacientes seleccionados en cada uno de los estudios son diferentes a los seleccionados para este estudio, este hecho también puede alterar las cifras de prevalencia.

El cuestionario SQUED se presenta como un método válido, fiable y sencillo de utilizar para detectar DE en una consulta de Atención Primaria.

La DE es una patología infradiagnosticada y métodos como el cuestionario SQUED pueden ayudarnos a diagnosticarla y con ello ayudar a solucionar un problema desde una consulta de Atención Primaria, de elevada prevalencia y por el que los pacientes que lo sufren muestran gran interés en intentar solucionarlo.

Debemos poner mayor interés entre los pacientes con patologías sugestivas de daño vascular para utilizar este y otros métodos con el fin de identificar a aquellos que pueden sufrir DE, ya que es posible tratar esta enfermedad.

#### PUNTOS CLAVE:

##### Hechos conocidos hasta el momento

1. La DE es una enfermedad muy prevalente en nuestro medio y está habitualmente infradiagnosticada.
2. El cuestionario SQUED es un método recientemente validado para realizar screening de DE.
3. La aparición de DE está en relación con otros procesos comórbidos y la toma de diversos medicamentos.

##### Aportaciones de este estudio

1. La prevalencia de la DE en nuestras consultas de Atención Primaria del Área sanitaria de Santiago de Compostela es similar a las obtenidas en otros estudios nacionales e internacionales.
2. La DE se relaciona, en nuestras consultas, con la presencia de enfermedades concomitantes como la HTA o enfermedad coronaria, así como con la edad.
3. Los pacientes diagnosticados de DE se muestran receptivos a intentar solucionar su enfermedad.

#### ESQUEMA GENERAL DEL ESTUDIO



Resulta conveniente la estandarización de métodos de screening como el utilizado en este estudio ya que la consulta de Atención Primaria es la entrada en el sistema sanitario de muchos enfermos y enfermedades por lo que pasar por alto enfermedades como esta puede hacer olvidar otras enfermedades con mayor morbi-mortalidad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. JAMA 1993; 270(3):320-1.
2. ICD-10. Commun Dis Rep CDR Wkly 1992;10;2(28):125.
3. Martin Morales A, et al. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina study. J Urol 2001; 166(2): 569-75.
4. Sanchez Merino JM, Garcia Alonso J, Gomez Cisneros SC, Jimenez Rodriguez M, Parra Muntaner L. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in the Region of Bierzo. Arch Esp Urol 2001;54(3):229-39.
5. Feldman HA, Glodstein I, Hartzichristou D, Krane RJ, Mckinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates. Results of the Massachusetts Male aging study. J Urol 1994; 151:54-61.
6. Mittawae B, El-Nashaar AR, Fouda A, Magdy M, Shamloul R. Incidence of erectile dysfunction in 800 hypertensive patients: a multicenter Egyptian national study. Urology 2006;67(3):575-8.
7. Meuleman EJ. Prevalence of erectile dysfunction: need for treatment? Int J Impot Res 2002;14 Suppl 1:S22-8.
8. Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. Int J Impot Res 2000; 12(6):305-11.
9. Green JS, Holden ST, Ingram P, Bose P, St George DP, Bowsher WG. An investigation of erectile dysfunction in Gwent, Wales. BJU Int 2001; 88(6):551-3.
10. Kongkanand A. Prevalence of erectile dysfunction in Thailand. Thai Erectile Dysfunction Epidemiological Study Group. Int J Androl 2000; 23 Suppl 2:77-80.
11. Nicolosi A, Moreira ED Jr, Shirai M, Bin Mohd Tambi MI, Glasser DB. Epidemiology of erectile dysfunction in four countries: cross-national study of the prevalence and correlates of erectile dysfunction. Urology 2003; 61(1):201-6.
12. Fugl-Meyer KS, Arrhult H, Pharmanson H, Backman AC, Fugl-Meyer AM, Fugl-Meyer AR. A Swedish telephone help-line for sexual problems: a 5-year survey. J Sex Med 2004; 1(3):278-83.

13. Heruti R, Shochat T, Tekes-Manova D, Ashkenazi I, Justo D. Prevalence of erectile dysfunction among young adults: results of a large-scale survey. *J Sex Med* 2004; 1(3):284-91.
14. Saigal CS, Wessells H, Pace J, Schonlau M, Wilt TJ; Urologic Diseases in America Project. Predictors and prevalence of erectile dysfunction in a racially diverse population. *Arch Intern Med* 2006; 166(2):207-12.
15. de Boer BJ, Bots ML, Nijeholt AA, Moors JP, Verheij TJ. The prevalence of bother, acceptance, and need for help in men with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2005; 2(3):445-50.
16. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Gomes FA. Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *J Sex Marital Ther* 2006; 32(2):173-82.
17. Haczynski J, Lew-Starowicz Z, Darewicz B, Krajka K, Piotrowicz R, Ciesielska B. The prevalence of erectile dysfunction in men visiting outpatient clinics. *Int J Impot Res* 2006; 18(4):359-63.
18. Grover SA, Lowensteyn I, Kaouache M, Marchand S, Coupal L, DeCarolis E, Zoccoli J, Defoy I. The prevalence of erectile dysfunction in the primary care setting: importance of risk factors for diabetes and vascular disease. *Arch Intern Med* 2006; 166(2):213-9.
19. Holden CA, McLachlan RI, Pitts M, Cumming R, Wittert G, Agius PA, Handelsman DJ, de Kretser DM. Men in Australia Telephone Survey (MATEs): a national survey of the reproductive health and concerns of middle-aged and older Australian men. *Lancet* 2005; 366(9481):218-24.
20. Cho BL, Kim YS, Choi YS, Hong MH, Seo HG, Lee SY, Shin HC, Kim CH, Moon YS, Cha HS, Kim BS. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in primary care: results of a Korean study. *Int J Impot Res* 2003; 15(5):323-8.
21. Lau JT, Wang Q, Cheng Y, Yang X. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction among younger married men in a rural area in China. *Urology* 2005; 66(3):616-22.
22. Sasaki H, Yamasaki H, Ogawa K, Nanjo K, Kawamori R, Iwamoto Y, Katayama S, Shirai M. Prevalence and risk factors for erectile dysfunction in Japanese diabetics. *Diabetes Res Clin Pract* 2005; 70(1):81-9.
23. Oksuz E, Malhan S. The prevalence of male sexual dysfunction and potential risk factors in Turkish men: a Web-based survey. *Int J Impot Res* 2005; 17(6):539-45.
24. Koseoglu N, Koseoglu H, Ceylan E, Cimrin HA, Ozalevli S, Esen A. Erectile dysfunction prevalence and sexual function status in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Urol* 2005; 174(1):249-52.
25. de Boer BJ, Bots ML, Lycklama a Nijeholt AA, Moors JP, Pieters HM, Verheij TJ. Erectile dysfunction in primary care: prevalence and patient characteristics. The ENIGMA study. *Int J Impot Res* 2004; 16(4):358-64.
26. Shaeer KZ, Osegbe DN, Siddiqui SH, Razzaque A, Glasser DB, Jaguste V. Prevalence of erectile dysfunction and its correlates among men attending primary care clinics in three countries: Pakistan, Egypt, and Nigeria. *Int J Impot Res* 2003; 15 Suppl 1:S8-14.
27. Hakim J, Subit M, Kandzari S, Zaslau S. Quality control in the screening of erectile dysfunction—results of a survey. *Urology* 2002; 60(1):125-9.
28. Ende J, Rockwell S, Glasgow M. The sexual history in general medicine practice. *Arch Intern Med* 1984; 144: 558-61.
29. Ponholzer A, Temml C, Obermayr R, Wehrberger C, Madersbacher S. Is erectile dysfunction an indicator for increased risk of coronary heart disease and stroke?. *Eur Urol* 2005; 48(3):512-8.
30. Martín Morales A, Mejjide Rico F, García González JI, Manero Font M, García-Losa M, Artés Ferragaud M. ESTIMA. Development and psychometric validation of a new screening questionnaire for erectile dysfunction (SQUED questionnaire). *Actas Urol Esp* 2007; 31(2):106-12.