HISTORIA CLÍNICA DIRIGIDA Y EXPLORACIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL: ASPECTOS CLÍNICOS QUE NO PODEMOS OLVIDAR.

Emilio José Emmanuel Tejero, Raul Vozmediano Chicharro, Eloy Vivas Vargas y Antonio Martín Morales.

Servicio de Urología. Unidad de Andrología y Medicina Sexual. Hospital Regional Carlos Haya de Málaga. Málaga. España.

Resumen.- OBJETIVO: Con este trabajo pretendemos establecer unas pautas de recogida de datos en la historia clínica en el paciente con disfunción eréctil, con el fin de caracterizar el problema que se presenta, revelar posibles factores de riesgo asociados, evaluar la necesidad de pruebas complementarias adicionales y decidir si es necesario un abordaje con participación multidisciplinaria.

MÉTODOS: Revisión de la literatura sobre las directrices y recomendaciones en el manejo inicial y clínico de la DE.

CONCLUSIONES: La historia sexual es la parte más importante de la rutina básica del paciente con disfunción eréctil y la finalidad del andrólogo será identificar el tipo de disfunción sexual, su comienzo, gravedad, duración y las expectativas de tratamiento.

Palabras clave: Disfunción eréctil. Historia clínica y exploración física. Factores de riesgo. Diagnóstico.

Summary.- OBJECTIVES: We aim in this work to establish directions for data collection in the chart of the patient with erectile dysfunction (ED), to characterize the presenting problem, reveal possible associated risk factors, evaluate the need of additional complementary tests, and decide if a multidisciplinary approach is necessary.

METHODS: Bibliographic review about directions and recommendations on initial and clinical management of ED.

CONCLUSIONS: Sexual history is the most important part of the basic routine with a patient with ED, and the purpose of the andrologist is to identify the type of sexual dysfunction, time of start, severity, duration, and treatment expectations.

Keywords: Erectile dysfunction. History and physical examination. Risk factors. Diagnosis.

CORRESPONDENCIA

E. J. Emmanuel Tejero
Servicio de Urología
Hospital Regional Carlos Haya de Málaga
Málaga. España

emiliojemmanuel@hotmail.com

ASPECTOS DIAGNÓSTICOS EN DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Con el objetivo de establecer un correcto abordaje diagnóstico es preciso tener claro que es tarea del urólogo, o especialista en cuestión, diferenciar aquellos sujetos en los que la DE es un síntoma más de una posible patología orgánica subyacente, y por tanto ofrecer, no sólo un tratamiento para mejorar la calidad de la erección, sino también poder solucionar la etiología que lo está produciendo.

Son numerosas las estrategias empleadas al respecto: la historia clínica y la exploración física, tests de laboratorio (desde glucemia capilar, niveles hormonales que componen el eje gonadal, perfil lipídico, hasta pruebas específicas como estudios de rigidez peneana nocturna, estudios vasculares y electrofisiológicos).

Dentro de todo el estrato de estas herramientas, la entrevista clínica y la exploración física detallada se consideran el primer escalón diagnóstico, y por tanto obligatorias para iniciar el estudio del varón con disfunción sexual (grado A de recomendación).

HISTORIA CLÍNICA EN DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Todo este camino comienza desde que el paciente entra en nuestra consulta, siendo un proceso comunicativo activo entre médico-paciente donde la historia clínica es la herramienta más útil en este sentido.

Los aspectos más recomendados a la hora de realizar una entrevista clínica enfocada al problema deben incluir una detallada historia médica, psicosocial y sexual del paciente, además de una exploración física específica y focalizada a identificar cualquier signo patológico. Todo esto se ha convertido en la parte más importante dentro de la evaluación primaria de la DE y debe ser llevada a cabo en todos aquellos casos en que la sospechemos.

Dado que una evaluación precisa depende del establecimiento de un buen diálogo entre paciente y médico, lo mejor es ayudar al paciente a sentirse más a gusto hablando en primer lugar de su historia clínica general, para así abordar posteriormente sus problemas sexuales (1).

Los propósitos de todos nuestros esfuerzos encaminados a recoger un historial médico y sexual completo son: caracterizar el problema que se presenta, revelar posibles factores de riesgo asociados,

evaluar la necesidad de pruebas complementarias adicionales y decidir si es necesario un abordaje con participación multidisciplinaria.

La entrevista clínica

Existen dos escenarios diferentes a la hora de abordar un sujeto con DE:

1- El primero de ellos es aquél en el que el paciente está consultando por otro motivo diferente. La figura que con más frecuencia se enfrenta a este reto es sin lugar a dudas el Médico de Atención Primaria (que en definitiva se convierte en asesor primario de los problemas de salud de la población). La situación que debe adoptar, en este caso se califica como proactiva, es decir intentar lanzar una pregunta abierta, de una manera neutra, en la que el paciente tenga la posibilidad de contarnos su problema más que con un "sí" o un "no". Ejemplo claro de ello es la población diana con mayor riesgo de sufrir problemas de la esfera cardiovascular como diabéticos, hipertensos, o pacientes con el perfil lipídico alterado, informando al paciente del mayor riesgo en estos casos e invitándolo a que hable de su salud sexual. Baldwin et al publicaron en el año 2000 que 8 de cada 10 varones preferían que fuese el médico quien preguntase sobre la DE (2). Otros datos ofrecidos por el estudio EDEM revelan que el 75% de pacientes están de acuerdo con esta iniciativa de su médico frente al 39% que prefieren abordarlo por sí mismos.

2- El segundo escenario de frecuente abordaje de la DE es nuestra consulta, la consulta del uroandrólogo. En este caso el paciente probablemente haya sido derivado desde Atención Primaria específicamente por dificultad con su erección, siendo más fácil dirigir la entrevista en el camino apropiado para investigar a fondo el problema.

Los aspectos que no debemos olvidar incluir en la historia que realicemos en consulta son:

a) Referentes a la historia sexual del paciente:

- Función sexual previa.
- Disfunción eréctil actual.
- Trastornos en el orgasmo/eyaculación.
- Trastornos del deseo sexual.
- Patrón o estilo de vida sexual.
- Preferencias sexuales.
- Actitud de la pareja respecto al problema.

b) Referentes a la historia médica del paciente:

- Trastornos cardiovasculares y respiratorios.
- Trastornos endocrino-metabólicos.
- Afecciones neurológicas.

- Alteraciones psiquiátricas o de la esfera psicosocial.
- Antecedentes de traumatismos o cirugías previas.
- Hábitos tóxicos del paciente, consumo de drogas y medicación actual.

Historia sexual del paciente

Con la finalidad de descubrir e investigar la causa del problema que está produciendo los trastornos en la erección, debemos tener en cuenta una amplia batería de preguntas que van encaminadas a orientarnos sobre la fisiopatología de la DE.

- Insistiremos al paciente en qué consiste exactamente su disfunción, preguntando si se trata de dificultad en conseguir una erección o en mantenerla, ya que en función de ello somos capaces de intuir que mecanismo eréctil puede estar claudicando. Si refiere imposibilidad en iniciar una erección con más probabilidad haya una causa arterial subyacente, mientras que si el paciente inicia, pero es incapaz de mantener una erección la alteración se encuentre en el mecanismo corporo-veno-oclusivo.
- La importancia de saber si se ha desarrollado súbitamente o por el contrario de manera progresiva, así como si posteriormente al primer episodio de DE el paciente ha presentado alguna erección normal, estriba en poder diferenciar causas orgánicas (desarrollo progresivo, no erecciones normales posteriormente) de psicógenas (alterna erecciones normales con episodios de DE y con inicio súbito).
- Conocer cuando fue el último intento de mantener una relación sexual, la última penetración y la última relación sexual satisfactoria nos va a dar información adicional acerca del deseo sexual del paciente, la verdadera capacidad para obtener una erección suficiente para penetrar y aproximarnos al tiempo en que el paciente identifica realmente el problema al no disfrutar con sus relaciones sexuales.
- Cuestiones relacionadas con la presencia de erecciones matutinas y/o nocturnas tienen por objeto identificar a los sujetos más propensos a tener una etiología psicológica, así como aquellos en los que las erecciones mejoran en otras situaciones diferentes a la relación sexual (masturbación u otros métodos).
- Preguntar al paciente si tiene algún conocimiento sobre cualquier posible causa nos orienta a identificar una probable relación con condiciones médicas preexistentes, consumo de medicamentos, o antecedentes traumáticos (físicos o psicológicos).
- La caracterización de la primera vez que el sujeto experimentó problemas de erección, puede ayudar a desentrañar la etiología, en particular, cuando un trauma psicológico está presente.
- Saber si las alteraciones del deseo sexual (conservado, aumentado, disminuido o ausente) e identificar su relación temporal respecto a la aparición de la DE es importante para evaluar adecuadamente la función sexual.
- Investigar sobre posibles problemas de eyaculación, si es dolorosa o no, si es normal, aumentada, disminuida o retrasada. A veces los pacientes con problemas en el mantenimiento de la erección aprenden a eyacular con cierta rapidez y posteriormente desarrollan trastornos de eyaculación precoz que mejoran al tratar la DE.
- Por último, y no menos importante, deberemos hacer referencia al orgasmo, si es normal o solía serlo, si está aumentado o disminuido, incrementado o ausente. Un orgasmo doloroso o disminuido puede repercutir de manera negativa sobre la función eréctil sin ser esta el origen del trastorno.

En resumen, un examen exhaustivo de todos los diferentes aspectos de la respuesta sexual masculina debe llevarse a cabo, para una mejor comprensión del problema. Por último dos aspectos gozan de especial importancia a la hora de realizar una correcta historia sexual y valorar las posibilidades terapéuticas:

- La actitud de la pareja respecto al problema de la DE nos puede ayudar a resumirnos la calidad de su vida sexual y la adherencia al tratamiento. No obstante muchos hombres desconocen la repercusión que a veces puede suponer sobre la calidad de vida de su pareja. Para evaluar esta cuestión, la función sexual femenina y su actitud hacia el problema de su compañero, entra en el ámbito del médico especialista en medicina sexual. El éxito de los tratamientos médicos y quirúrgicos para la disfunción eréctil depende en gran medida en las expectativas de la pareja y la aceptación del tratamiento. Incluso en los casos de patología orgánica clara, las fluctuaciones en el funcionamiento eréctil pueden verse influenciadas por el aspecto psicológico de su pareja respecto al problema. Al recomendar cualquier tratamiento, el médico debe recordar que el objetivo de la terapia no es sólo que el paciente consiga una erección rígida, sino también aumentar la satisfacción sexual tanto de él como de su pareja (3).
- Es importante, en última instancia, conocer el nivel de desarrollo sociocultural y exactamente qué infor-

mación poseen, tanto el paciente como su pareja, del problema de DE, con el fin de proporcionarle un esquema de tratamiento adecuado, explicando cada una de las líneas terapéuticas de las que hoy en día disponemos. Además este es un buen momento para discutir acerca de los deseos y las expectativas de la pareja, si es el caso.

Historia clínica general del paciente

Una amplia anamnesis general del paciente nos ayudará a recoger cualquier dato que nos haga sospechar de manera fidedigna de un posible trastorno orgánico subyacente que secundariamente esté provocando los trastornos de erección. Como dijimos anteriormente es preciso recoger información acerca de todos los sistemas orgánicos que desempeñen algún papel vital en la fisiopatología de la erección.

Existen algunos aspectos obligatorios a la hora de abordar a un paciente con DE:

- Evaluar y manejar apropiadamente los factores de riesgo contribuye a una conveniente y deseable gestión integral de la DE.
- Modificar las causas reversibles incide de forma directa en la prevención de la disfunción eréctil.
- Por otra parte, ya que la literatura muestra evidencia de la disfunción eréctil como un marcador de enfermedad cardiovascular, una adecuada evaluación cardiológica de los varones que presentan disfunción eréctil y el riesgo de un evento cardiovascular está justificada.

1- Historia cardiovascular

La DE puede ser el primer síntoma de enfermedad cardiovascular u otras enfermedades crónicas. Hasta el 40% de los hombres que presentan disfunción eréctil tienen alguna lesión subclínica previa sugestiva de enfermedad coronaria y no están correctamente diagnosticados (4,5). Las alteraciones cardiovasculares que debemos recoger en la historia clínica serán:

- Hipertensión arterial: en pacientes hipertensos la incidencia de disfunción eréctil varía entre 14 y 44% en no medicados y entre el 16 y el 58% en aquellos que sí están recibiendo tratamiento (6, 7).
- Cardiopatía isquémica
- Infarto de miocardio
- Enfermedades de la aorta
- Enfermedad oclusiva arterial periférica.

2- Trastornos metabólicos

Las enfermedades de carácter metabólico que tenemos que tener en cuenta son:

- Diabetes mellitus: entre los hombres diabéticos, del 35% al 60% sufren problemas de erección (8).
- Dislipemias
- Hipoglucemia
- Hipertiroidismo e hipotiroidismo
- Disfunción renal o enfermedades hepáticas.

3- Enfermedades respiratorias

Importante investigar sobre posibles:

- Broncopatías crónicas (EPOC)
- Insuficiencia respiratoria.
- Síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHOS): hasta el 34% de los pacientes con DE muestran alguna anomalía respiratoria durante el sueño(9)

4- Enfermedades neurológicas

Algunas enfermedades que pueden estar en relación con la DE son:

- Esclerosis múltiple.
- Enfermedad de Parkinson.
- Accidentes cerebro-vasculares (ACV/AIT)
- Enfermedad de Alzheimer
- Polineuropatías.

5- Trastornos psiquiátricos

- Esquizofrenia
- Depresión: la DE se asocia frecuentemente con trastornos psiquiátricos, en particular depresión. Así mismo la función eréctil también pueden verse alterada por los problemas de relación conyugal o sexual. Se ha visto que el tratamiento de la depresión puede conducir a una mejora de la función sexual, así como del estado de ánimo (10).
- Trastornos obsesivos/compulsivos.

Es importante recordar que los aspectos médicos y psicosociales están involucrados en cada caso de disfunción eréctil, y que el diálogo médico-paciente es la clave para la evaluación y gestión de la enfermedad. El médico debe tratar de averiguar lo que estaba pasando en la vida del paciente al inicio del problema, ya que esto puede ser un factor importante en la elección del tratamiento. Las consultas también deben hacerse sobre las relaciones persona-

les del paciente, su trabajo, situación económica, y la vida familiar.

7- Historia de posibles traumatismos

Debemos investigar sobre posibles:

- Traumatismos del área pélvica.
- Lesiones de la médula espinal.
- Lesiones perineales: por ejemplo los traumatismos perineales repetidos en ciclistas o traumatismos con caídas a horcajadas pueden producir lesiones oclusivas de la arteria pudenda o daños en el nervio pudendo produciendo una DE de causa arterial o neurógena.
- Lesiones cerebro-vasculares.
- Lesiones genitales.

8- Antecedentes de cirugías previas

Cirugía de próstata, vejiga, colorrectal o vascular.

9- Consumo de medicamentos y drogas

El consumo de drogas puede influir en la función sexual y conducir a la disfunción eréctil a través de múltiples mecanismos. Muchos tipos de medicamentos pueden estar implicados, algunos afectan a la función vascular, otros afectan la función hormonal y otros la psicológica. Preguntar sobre el estilo de vida puede revelar más factores de riesgo para la DE. El uso de drogas recreativas como el alcohol, la marihuana, la cocaína y otros estupefacientes debe ser investigado.

Los medicamentos que recetamos pueden ser un factor causal importante de la disfunción eréctil, en particular, antihipertensivos, antidepresivos y tranquilizantes. Entre los antihipertensivos, los diuréticos tiazídicos y los betabloqueantes se han asociado con mayor frecuencia, mientras que los bloqueadores alfa, antagonistas de la angiotensina II, los inhibidores de la ECA y bloqueadores de calcio lo hacen con menos frecuencia. Por otro lado, no existe evidencia que el cambio de los fármacos antihipertensivos pueda mostrar alguna diferencia significativa.

De los antiarrítmicos, digoxina parece estar comúnmente asociado con la disfunción eréctil. Antidepresivos y agentes anti-psicóticos, en particular los neurolepticos, los antidepresivos tricíclicos y los ISRS se asocian frecuentemente con la DE o trastornos eyaculatorios. Las hormonas, por ejemplo, estrógenos, antagonistas de la LHRH, inhibidores de la 5 alfa reductasa

influyen en el metabolismo de la hormonas sexuales masculinas, y pueden afectar negativamente a la función sexual del varón. Ciertos medicamentos contraindican el uso de inhibidores de la PDE5 para tratar la disfunción eréctil, como por ejemplo los nitratos.

Cuestionarios en la evaluación de la función eréctil

El uso de cuestionarios puede ayudar a facilitar el diagnóstico, sin embargo, se deben utilizar "además de", y no "en lugar de". Por tanto un buen diálogo médico-paciente y una correcta anamnesis no pueden, en modo alguno, ser sustituidos a la hora de realizar un manejo adecuado del problema.

Estas herramientas pueden ser útiles por ejemplo si se colocan en la sala de espera ya que los pacientes pueden leerlos y así ser conscientes que están en el lugar adecuado para hablar sobre sus problemas sexuales.

El uso de cuestionarios ayuda a evaluar la severidad de la disfunción eréctil del paciente y el impacto del problema sobre su calidad de vida. Además también se pueden utilizar en el seguimiento para mejorar la evaluación del resultado del tratamiento (11,12).

Como ejemplo tenemos el Sexual Health Inventory for Men (SHIM o IIEF-5). Los pacientes deben contestar cada una de las preguntas en una escala de 0 a 5, donde "0" indica que no hay actividad, "1" es la respuesta más negativa, y "5" es la respuesta más positiva. Las puntuaciones totales oscilan en un rango de 1 a 25. Las puntuaciones más altas indican una mejor función eréctil, así una puntuación ≥ 20 indica un grado normal de función eréctil y calificaciones ≤ 10 indican DE moderada-severa (Figura 1).

EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Basada fundamentalmente en la minuciosa exploración del sistema genitourinario, endocrino, vascular y neurológico.

1- Exploración genitourinaria

- Pene: es importante examinar la posible presencia de fibrosis, placas a nivel dorsal o ventral, y nódulos. Así como la consistencia, elasticidad y sensibilidad peneana. En casos de penes "enterrados" en pacientes obesos es importante ver la longitud total y funcional cuando lo estiramos.

IIEF-5
Identificación **Fecha**

Cada pregunta tiene cinco respuestas posibles. Marque con un círculo aquella que mejor describa su situación en los últimos 6 meses. Por favor, asegúrese que escoge una única respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cómo clasificaría su confianza en poder conseguir y mantener una erección?

Muy baja ☐ Baja ☐ Moderada ☐ Alta ☐ Muy alta ☐

2. Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron suficientemente rígidas para la penetración?

- ☐ No he tenido actividad sexual
- ☐ Nunca / casi nunca
- ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- ☐ A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- ☐ Casi siempre / siempre

3. Durante el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?

- ☐ No he realizado el acto sexual
- ☐ Nunca / casi nunca
- ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- ☐ A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- ☐ Casi siempre / siempre

4. Durante el acto sexual, (qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto sexual?)

- ☐ No he realizado el acto sexual
- ☐ Extremadamente difícil
- ☐ Muy difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeramente difícil
- ☐ No difícil

5. Cuando intentó el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?

- ☐ No he realizado el acto sexual
- ☐ Nunca / casi nunca
- ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- ☐ A veces (Aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- ☐ Casi siempre / siempre

*** Acto sexual:** se define como la penetración de la pareja.

*** Estimulación sexual:** incluye situaciones como juegos amorosos con una pareja o mirar fotos eróticas, etc.

FIGURA 1. Cuestionario IIEF-5 o SHIM.

- Testículos: nos dan datos acerca de la función endocrina y de posibles masas y otras alteraciones en su estructura. Por tanto tendremos que evaluar su tamaño, simetría, presencia de nódulos y si son dolorosos al tacto.

2- Exploración endocrina

En este caso es muy fiable evaluar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios como la presencia o no de ginecomastia, el patrón de distribución del vello masculino, el estadio de desarrollo sexual de Tanner (Figura 2). No queda atrás la importante

búsqueda de datos en la exploración que nos hagan dilucidar sobre una posible asociación de la DE con el actual conocido síndrome metabólico, por tanto debemos evaluar el perímetro abdominal y el Índice de Masa Corporal (IMC)

3- Exploración vascular

De especial importancia en los casos que sospechemos DE de origen arterial donde no se nos puede olvidar medir la presión arterial, explorar los pulsos periféricos y el estado de la circulación venosa de las extremidades inferiores.

Desarrollo genital

(Tanner, 1962)

Estadio 1 (G1)

Pene, escroto y testículos infantiles, es decir de aproximadamente el mismo tamaño y forma que en la infancia

Estadio 2 (G2)

Agrandamiento del escroto y testículos. La piel escrotal se vuelve más roja, delgada y arrugada. El pene no tiene ningún agrandamiento o muy insignificante

Estadio 3 (G3)

Agrandamiento del pene, principalmente en longitud. Continuación del desarrollo testicular y escrotal

Estadio 4 (G4)

Aumento de tamaño del pene, con crecimiento del diámetro y desarrollo del glande. Continuación del agrandamiento de testículos y escroto. Aumento de la pigmentación de la piel escrotal.

Estadio 5 (G5)

Genitales de tipo y tamaño adulto

Desarrollo del vello pubiano

(Tanner, 1962)

Estadio 1 (P1)

Ligera vellosidad infantil.

Estadio 2 (P2)

Vello escaso, lacio y ligeramente pigmentado, usualmente arraigado al pene (dificultad para apreciar en la figura).

Estadio 3 (P3)

Vello rizado, aún escasamente desarrollado pero oscuro, claramente pigmentado, arraigado al pene.

Estadio 4 (P4)

Vello pubiano de tipo adulto, pero no con respecto a la distribución (crecimiento del vello hacia los pliegues inguinales, pero no en la cara interna de los muslos).

Estadio 5 (P5)

Desarrollo de la vellosidad adulta con respecto a tipo y cantidad; el vello se extiende en forma de un patrón horizontal, el llamado femenino (el vello crece también en la cara interna de los muslos. En el 80% de los casos, el crecimiento del vello continúa hacia arriba, a lo largo de la línea alba (estadio 6)

FIGURA 2. Estadios del desarrollo sexual de Tanner.

4- Exploración neurológica

La meticulosa búsqueda de algún trastorno en la compleja vía neurológica que desencadena la respuesta eréctil no carece de interés. La exploración de la sensibilidad de todo el área genital, de las extremidades inferiores y por supuesto la evaluación de los reflejos bulbocavernosos son obligatorios para un correcto manejo diagnóstico del varón con DE.

CONCLUSIÓN

En resumen, la historia sexual es la parte más importante de la rutina básica del paciente con disfunción eréctil y el objetivo será identificar el tipo de disfunción sexual, su comienzo, gravedad, duración y las expectativas de tratamiento.

Hoy día gracias a la evidencia clínica se ha podido descifrar la asociación de la DE con los factores de riesgo vasculares y metabólicos, por tanto estamos experimentando la capital importancia de la DE no sólo como uno de los síntomas que puede declinar la vida sexual del varón sino que se considera uno de los signos clínicos más precoces y más evidentes en la prevención de la enfermedad cardiovascular, sobre la cuál podemos actuar.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS

RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- **1. The Process of Care Consensus Panel. *Int J Impot Res* 1999; 11: 59-74.
2. Baldwin KC, Ginsberg PC, Harkaway, RC. Erectile Dysfunction: Workup and Management Tactics. *J Urol* 2000;163(suppl):243. Abstract 1080.
- *3. Beutel M. Psychosomatic aspects in the diagnosis and treatment of erectile dysfunction. *Andrologia* 1999, 31(Suppl. 1): 37-44.
4. Porst H. Gefäßchirurgische Eingriffe bei erektiler dysfunction. *Manual der Impotenz* 2000, UNI-MED Verlag, Bremen.
5. Pritzker MR. *N Engl J Med* 1999; 340: 495-498.
- *6. Croog SH et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *Arch Intern Ann* 1988; 148: 788-794.
- **7. Feldman HA et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Ageing Study. *J Urol* 1994; 151: 54-61.
- *8. Guirguis WR et al. Impotence in Diabetes: facts and fictions. *Diab Med* 1992; 9: 287-289.
- *9. Seftel A. Memory loss as reported symptom of androgenopause *Int J Impot Res* 2000; 12 (Suppl. 73): B1.
- *10. Shabsigh R et al. Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. *Urology* 1998, 52: 848-852.
- **11. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Krkpatrick J, Mishra A: The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 49:822-830, 1997.
- **12. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999;11(6):319-26.