

ORIGINALES

Repercusiones de los síntomas del tracto urinario inferior (LUTS) en la función sexual en atención primaria

Juan Vicente Alfaro González^a, Luis García-Giralda Ruiz^b, Lorenzo Guirao Sánchez^c, Isabel Casas Aranda^b, Gregorio Antonio Sánchez Pérez^d, Yaiza Torralba Tophan^b, María Teresa Izquierdo Ros^b y Concepción Sandoval Martínez^e

^aCentro de Salud de Archena. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. SMS. Murcia. España.

^bCentro de Salud Murcia-Centro. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. SMS. Murcia. España.

^cAndrólogo. Centro de Salud de Alguazas. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. SMS. Murcia. España.

^dConsultorio Simón García. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. SMS. Murcia. España.

^eCentro de Salud de Alguazas. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. SMS. Murcia. España.

RESUMEN

Objetivo: Valorar la función sexual de los pacientes de ambos性 con síntomas del tracto urinario inferior (LUTS) en atención primaria y analizar los motivos por los que no consultan sus disfunciones sexuales.

Métodos: Estudio epidemiológico, prospectivo y multicéntrico de pacientes de ambos性, mayores de 50 años, que consultan por LUTS, utilizando la terminología de la función del tracto urinario inferior de 2003 de la ICS, para valorar su función sexual mediante el índice internacional de función eréctil (IIEF) y de los cuestionarios específicos Male Sexual Function (MSF-4) y Salud Sexual y Disfunción Sexual Femenina (SyDSF-AP).

Resultados: Se analiza a 97 pacientes (45 mujeres y 42 varones), con una edad media de 61 años, el 78,35% con pareja estable y con un nivel de instrucción básico o medio (62,88%). Los motivos por los que no han consultado sus disfunciones sexuales son: desconocimiento de que podían obtener ayuda (varones, 28,57%; mujeres, 37,77%); consideran su situación como normal (varones, 35,71%; mujeres, 46,66%); falta de interés por el sexo (varones, 14,28%; mujeres, 60%); no interfiere en su relación de pareja (varones, 16,66%; mujeres, 17,77%); les da vergüenza consultar (varones, 9,52%; mujeres, 35,55%); más de una de las anteriores (varones, 59,52%; mujeres, 80%).

Conclusiones: Los pacientes no consultan sobre su disfunción sexual principalmente por la baja preocupación por sus síntomas conforme van envejeciendo; consideran que sus alteraciones urológicas y sexológicas son consustanciales con el envejecimiento y se adaptan con resignación a esta situación. Esto es más llamativo en el caso de las mujeres, en quienes el interés y la práctica sexual es mucho más reducida que en el caso de los varones.

Palabras clave: Síntomas tracto urinario inferior. Función sexual. Atención primaria.

ABSTRACT

Impact of low urinary tract symptoms (LUTS) on sexual function in primary attention

Objective: Our main objective is to value sexual function in patients of both sexes with LUTS in Primary Care.

Methods: An epidemiological, prospective and multi-centre study in patients of both sexes with an average age of 50-60 who consult about LUTS and not having previously reported any sexual dysfunction problems. We used the terminology of the function of the low urinal tract of the ICS 2003 to evaluate the sexual dysfunction of patients by means of the International Index of Erectile Function (IIEF) and by the specific Male Sexual Function (MSF-4) and Sexual Health and Female Sexual Dysfunction (SyDSF-AP) questionnaires.

Results: The mean age was 61 for men and 58 for women, 78.35% of the participants said they had a stable relationship; most patients were overweight (BMI 25.5), 25.4% had diabetes mellitus type 2, 35.05% smoked, 45.09% AHT, 15.68% had cardiovascular disease and 41.17% anxiety-depressive syndromes. Prostate disease was present in 78.09% of males with an mean IPSS value of 14.6.

In the 32 male patients, 76.19% had some type of sexual dysfunction, the most frequent was OF (64.28%). The mean IIEF in men was 29.4.

As regards the female participants (38 patients), 84.44% presented with some type of sexual dysfunction, desire inhibition being most frequent among the participants.

Conclusions: Sexual dysfunctions and LUTS are complex health problems with multifactorial aetiology. It is evident that LUTS and age are the main determining factors of sexual dysfunction. We must have a more active attitude to look for dysfunction in women, considering that it is a disorder not often felt by women.

Key words: Low urinary tract symptoms. Sexual function. Primary attention.

Correspondência: Dr. J.V. Alfaro González.
Centro de Salud de Archena.
Siria, s/n. 30600 Archena. Murcia.
Correo electrónico: jvalfarog@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los problemas agrupados como “síntomas del tracto urinario inferior” (*low urinary tract symptoms* [LUTS]) incluyen síntomas debidos a hiperplasia prostática benigna (HBP), la incontinencia urinaria (IU), la prostatitis aguda y crónica y, finalmente, la vejiga hiperactiva¹.

Los LUTS suponen uno de los problemas más frecuentes en varones y mujeres a partir de los 50 años; afectan a la calidad de vida y, por tanto, deberían ser una de las primeras causas de consulta por patología urológica en atención primaria. Sin embargo, su diagnóstico y tratamiento se encuentran infraestimados en atención primaria, entre otros motivos porque los elementos diagnósticos usados en la práctica clínica habitual no parecen estar en consonancia con las recomendaciones propuestas por los consensos internacionales².

Algunos estudios nos muestran la asociación de LUTS con varios aspectos de las disfunciones sexuales³, especialmente los síntomas de llenado relacionados con incontinencia, y otros muestran la alta prevalencia entre la disfunción eréctil y la reducción eyacularia en pacientes con LUTS⁴. Además, estudios como el Multinational Survey of the Aging Male (MSAM-7)⁵, realizado en 7 países, entre ellos España, evalúan la relación entre los LUTS y la función sexual, en que el 49% de los participantes manifestaron la existencia de disfunción eréctil y el 46% describió alteraciones en la eyaculación.

Se ha demostrado que hay una estrecha relación entre la gravedad de los síntomas urinarios y la disfunción sexual, de forma que cuanto más graves son los LUTS mayor es también la incidencia de disfunción sexual⁶. Asimismo, numerosos estudios revelan que la relación entre LUTS y disfunción sexual es independiente de la edad^{7,8}.

Cerca del 75% de los varones con más de 50 años presentan LUTS⁹. Datos recientes estiman que la prevalencia de HBP, definida por la puntuación del International Prostate Symptom Score (I-PSS) mayor de 7, flujo urinario máximo inferior a 15 ml/s y tamaño prostático mayor de 30 g en varones españoles mayores de 40 años se ha estimado en el 11,77%¹⁰, y de más del 30% en mayores de 65 años.

Una gran mayoría de los pacientes con HBP considera la función sexual como uno de los factores más importantes relacionados con su calidad de vida^{11,12}. Por ello, esta variable tiene cada vez más relevancia en la toma de decisiones sobre el tratamiento y en la evaluación del resultado de una intervención terapéutica. De hecho, la adherencia terapéutica de muchos de estos pacientes que abandonan o no siguen las pautas aconsejadas deja de ser efectiva precisamente por los

efectos secundarios que tienen algunos de estos fármacos sobre su función sexual^{13,14}.

Por otro lado, la prevalencia de la incontinencia urinaria es difícil de precisar y varía considerablemente en función de los estudios epidemiológicos de un 2 a un 55%, debido fundamentalmente a la diferencia de criterios utilizados. En general, afecta más a las mujeres que a los varones, sobre todo a posmenopáusicas¹⁵, y su prevalencia aumenta con la edad; los pacientes ancianos son los que más la presentan (40%)¹⁶. La incontinencia de esfuerzo es la más frecuente en mujeres jóvenes y al aumentar la edad se incrementa la incontinencia de urgencia¹⁷, y la incontinencia mixta pasa a ser el tipo más frecuente en las personas mayores¹⁸. En ambos sexos suele verse influenciada por la presencia de diabetes, patología neurológica (accidente cerebrovascular [ACV], enfermedad de Parkinson, demencia, hidrocefalia y tumores), intervenciones en zona pélvica o abdominal, utilización de algún tipo de fármaco (medicaciones neuropsiquiátricas, betaestimulantes, bloqueadores alfa), fecalomás, imposibilidad de movilización oportuna y radioterapia¹⁹.

La IU tiene un efecto notable en la calidad de vida de los individuos afectados, de forma que el 60% se sienten avergonzados o preocupados por sus síntomas²⁰. Un 60% de las mujeres afectadas evita alejarse de sus hogares, un 45% no utiliza transporte público y un 50% rechaza la actividad sexual y tiene mayor predisposición a problemas emocionales y aislamiento social²¹. Este tipo de problemas es lo que ha llevado al Comité Científico Internacional (París, 2002)²² a establecer entre las pruebas diagnósticas recomendables “la valoración de la calidad de vida y síntomas adicionales”.

Objetivo del estudio

El objetivo principal es valorar la función sexual de los pacientes de ambos性 con LUTS en atención primaria.

Secundariamente, se pretende analizar los motivos por los que los pacientes de ambos性 con LUTS no consultan sus disfunciones sexuales.

MÉTODOS

Estudio epidemiológico, prospectivo y multicéntrico, de pacientes de ambos性 y de más de 50 años de edad que consultan por LUTS, utilizando la terminología de la función del tracto urinario inferior del 2003 de la ICS²³, y que previamente no hayan informado acerca de problemas de disfunción sexual.

Se analiza a 97 pacientes (45 mujeres y 42 varones), seleccionados de forma sistemática y consecuti-

va, pertenecientes a 4 centros de salud de diferentes características demográficas: rural (6.500 habitantes), semirrural (12.000 habitantes), urbano (40.000 habitantes) y metropolitano (350.000 habitantes). El tamaño muestral se ha estimado en función de la prevalencia poblacional de LUTS y de disfunción sexual⁶ (95 pacientes, intervalo de confianza [IC] del 95%).

Las variables analizadas se describen a continuación.

– Sociodemográficas: edad, nivel de instrucción y estado civil.

– Estado de salud y enfermedades concomitantes.

– Síntomas clínicos definidos como de llenado (urgencia, frecuencia e incontinencia), con mucho los más frecuentes, y de vaciado (disuria y retención), fallo renal, hematuria, infección y litiasis vesical, tal y como se han analizado en estudios de prevalencia en España²⁴. También se evalúa el International Prostate Symptom Score (I-PSS)²⁵.

– Función sexual: mediante el índice internacional de función eréctil (IIEF)²⁶ y de los cuestionarios específicos Male Sexual Function (MSF-4)²⁷ y Salud Sexual y Disfunción Sexual Femenina (SyDSF-AP)²⁸.

– Escala Visual Analógica (EVA) de la importancia de la sexualidad en su vida. (El paciente marca sobre una línea numerada de 0 a 10 la importancia de la sexualidad en su vida, donde el extremo izquierdo es ausencia de interés y el extremo derecho es el máximo interés imaginable.)

– Finalmente, se les pregunta el motivo de no consultar previamente sus problemas sexuales, si los tienen.

RESULTADOS

La edad media es de 61 años para los varones y de 58 para las mujeres, el 78,35% con pareja estable y un nivel de instrucción básico o medio (62,88%).

En cuanto a las enfermedades concomitantes, la mayoría presenta sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] medio de 25,5); el 54,92% tiene artrosis; el 25,49% presenta diabetes mellitus tipo 2; el 35,05% fuma; el 45,09% tiene hipertensión arterial (HTA); el 15,68%, patología cardiovascular, y el 41,17%, síndrome ansioso-depresivo.

El 80,95% de los varones había consultado previamente por LUTS, frente al 60% de las mujeres.

Los síntomas por los que han consultado los pacientes se exponen en la tabla 1.

El 78,09% de los varones presentaba patología prostática, con un valor medio de IPSS de 14,6, con puntuación en las subescalas del IPSS de 3,2 para síntomas obstrutivos, 7,8 para síntomas irritativos y de 3,6 para nocturia.

TABLA 1. Síntomas del tracto urinario inferior

LUTS	Varones (%)	Mujeres (%)
Síntomas inespecíficos:	21,42	48,8
incomodidad genital,		
malestas hipogástricas,		
sensación de peso		
Vaciado incompleto	69,04	51,11
Frecuencia miccional	6,10	6,70
Disuria	23,80	42,22
Nicturia	19,04	15,55
Urgencia urinaria	16,66	37,67
Incontinencia de esfuerzo y mixta	7,14	86,66
Retención	4,76	4,44
Goteo posmicticional	83,33	37,77
Infección	11,90	57,77
Hematuria	2,38	8,88

LUTS: síntomas del tracto urinario inferior.

Salud sexual

La actividad sexual media de los pacientes es de 3,7 veces por mes para varones, frente a 2,6 en mujeres.

En relación con los varones, 32 (el 76,19%) han presentado algún tipo de disfunción sexual; la disfunción eréctil es la más frecuente (64,28%). La puntuación media del IIEF en varones ha sido de 29,4 (disfunción eréctil de gravedad media).

Respecto al MSF-4, la valoración de su vida sexual se expone en la figura 1.

En el caso de las mujeres, 38 (84,44%) presentaban algún tipo de disfunción sexual; la inhibición del deseo era la más frecuente (64,44%). La puntuación en el SyDSF-AP se muestra en la figura 2.

Los datos recogidos en la EVA sobre la importancia del sexo en la vida de los varones supone el 7,4, y es de 4,8 en la vida de las mujeres, en una puntuación del 1 al 10 (fig. 3).

Finalmente, los motivos por los que no han consultado sus disfunciones sexuales espontáneamente se exponen en la figura 4.

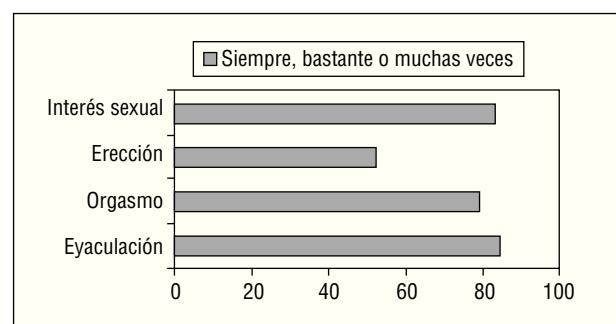


Figura 1. Cuestionario Male Sexual Function (MSF-4).

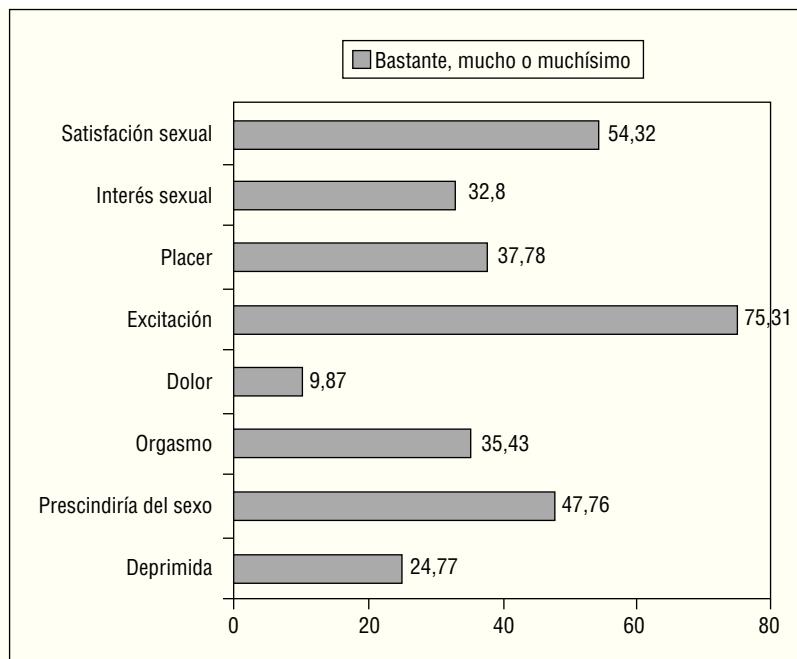


Figura 2. Cuestionario Salud Sexual y Disfunción Sexual Femenina (SyDSF-AP).

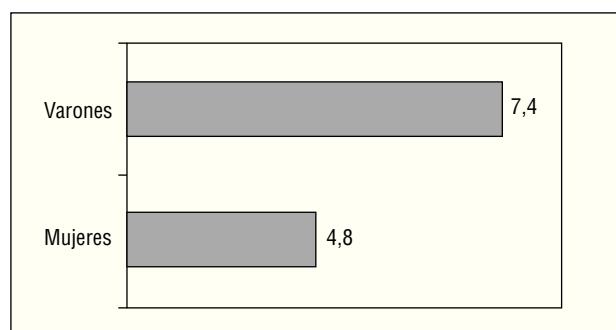


Figura 3. Importancia del sexo en su vida.

DISCUSIÓN

Entendemos que el principal límite de este estudio es que los datos sólo pueden aplicarse al perfil de pacientes que ha sido analizado.

Llama la atención que aunque 8 de cada 10 varones y 6 de cada 10 mujeres habían consultado previamente por estos mismos LUTS, no se les había preguntado sobre su sexualidad.

Puede observarse que los argumentos para no haber consultado espontáneamente sobre su disfunción sexual son variados, pero uno de los motivos principales por los que no consultan es por la tendencia negativa en la preocupación por sus síntomas conforme los pacientes van envejeciendo, en la misma línea que nos muestran otros estudios²⁹; consideran que sus alteraciones urológicas y sexológicas son consustanciales

con el envejecimiento y se adaptan con resignación a esta situación. Esto aún es más llamativo en el caso de las mujeres, en quienes el interés y la práctica sexual son mucho más reducidos que en el caso de los varones. Sea como fuere, esta realidad parece discordante con las mayores necesidades de atención sanitaria derivadas del incremento de la expectativa de vida de la población y las campañas de difusión que se están llevando por parte de urólogos, ginecólogos, sociedades científicas y medios de comunicación incitando a la realización de revisiones periódicas.

En el estudio puede observarse una “aparente” disparidad en relación con la frecuencia de relaciones sexuales entre varones y mujeres, explicadas en parte porque los pacientes tienen una pareja que no es la analizada en este estudio y, quizás, porque los varones puedan tener experiencias sexuales distintas a las de sus parejas.

En este estudio, como en otros, podemos observar que el vínculo entre los LUTS y la disfunción sexual en el varón está bien establecido, sobre todo para disfunción eréctil, pero también lo está la prevalencia de LUTS en pacientes con disfunción eréctil (72%) respecto a los que no la presentan (38%)³⁰, y los receptores alfa-adrenergicos parecen ser el vínculo común entre ambos procesos, debido a sus efectos en el tono muscular liso y vascular, así como la evidencia de la existencia de receptores de la fosfodiesterasa 4, 5 y 11 en la vejiga urinaria, en la próstata y en la uretra.

En relación con las mujeres, puede observarse que la disfunción sexual predominante es la inhibición del deseo, al igual que ocurre en estudios epidemiológicos

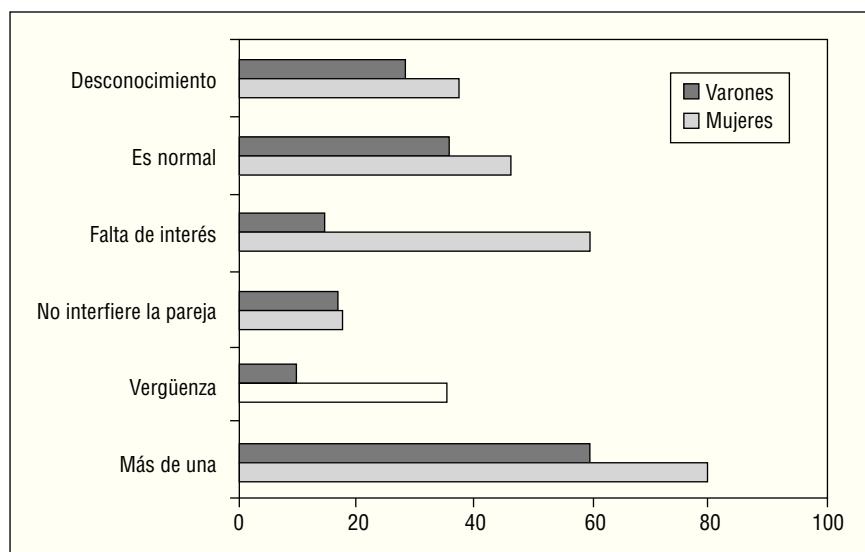


Figura 4. Motivos para no consultar.

sobre disfunciones sexuales en mujeres³¹, y que al ajustar por los LUTS se aprecia que la incontinencia es el principal factor implicado²¹. Si comparamos los datos mostrados con los de estudios realizados en población general con esta misma metodología²⁸, puede observarse una puntuación más desfavorable en todos los ítems, debido, por un lado, al efecto de los LUTS en su sexualidad y, por otro, probablemente, a que la edad media de las encuestadas es mayor en nuestro estudio.

En vista de los resultados del estudio, creemos que resulta eficaz y rentable trabajar con los pacientes de ambos性es con LUTS para mejorar su salud y su calidad de vida. En atención primaria se dispone de los recursos y los medios técnicos para valorar a estos pacientes, con excepción de algunas técnicas especializadas que no son estrictamente necesarias para valorar el impacto sexual de los LUTS. De hecho, uno de los temas desecharados en este estudio por el grupo investigador fue la conveniencia de realizar flujometría a estos pacientes, entre otros motivos porque hay evidencias de que no hay asociación del flujo urinario con síntomas sexuales³².

Finalmente, existe una gran comorbilidad en atención primaria entre los pacientes que padecen de LUTS y disfunción sexual³³. En efecto, la presencia de enfermedades asociadas, especialmente cardiovasculares, como la HTA y los ACV, la diabetes, la histerectomía, la depresión y el estrés³⁴, alertan sobre la necesidad del abordaje integral de estos pacientes³⁵.

CONCLUSIÓN

Las disfunciones sexuales y los LUTS son problemas de salud complejos con una etiología multifac-

torial. Sin embargo, cuando se controlan los posibles factores de confusión, como la edad, la comorbilidad y la medicación, persiste una intensa relación entre disfunción sexual y LUTS en atención primaria, por lo que deberíamos prestar mayor atención y desarrollar estrategias de abordaje integral a este tipo de pacientes. Lo que resulta evidente es que los LUTS y la edad son los principales determinantes de disfunciones sexuales y que nuestra actitud ha de ser más activa para hacerlos aflorar en el caso de las mujeres, al considerarlos como alteraciones menos sentidas y, por tanto, desgraciadamente menos consultables.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a Alberto Murcia, por su insistencia en que mejoremos en el abordaje urológico, a Juanjo Parrilla, nuestro maestro en el campo ginecológico, y a Paco Cabello y Santiago Palacios por mostrarnos el camino para trabajar en la sexualidad de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fall M, Ohlsson BL, Carlsson CA. The neurogenic overactive bladder. Classifications based on urodynamics. Br J Urol. 1989;64:368-73.
2. Cockett ATK, Aso Y, Denis L, et al. The 3RD international consultation on benign prostatic hyperplasia (BPH) proceedings. Monaco: Scientific Comm Inter; 1995. p. 628-32.
3. Frankel SJ, Donovan JL, Peters TJ, Abrahams P, Dabholiwala NF, Osawa D, et al. Sexual Dysfunction in men with lower urinary tract symptoms. J Clin Epidemiol. 1998;51:677.
4. Vallancien G, Emberton M, Harving N, Jeroen R, Moorselar V; for the ALF-ONE STUDY GROUP. Sexual dysfunction in 1,274 european men suffering from lower urinary tract symptoms. J Urol. 2003;169:2257-61.

5. Rosen R, O'Leary M, Altwein J, et al. LUTS and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7). Abstract. 97th Annual Meeting of the American Urological Association; 2002.
6. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281:537-44.
7. Macfarlane GJ, Botto Sagnier P. The relationship between sexual life and urinary condition in French community. *J Clin Epidemiol*. 1996;49:1171-6.
8. Rosen R, Altwein J, Boyle P. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunctions: the Multinational Survey of the Aging Male (MSAM-7). *Eur Urol*. 2003;44:637-49.
9. Larson TR. Current treatment options for benign prostatic hyperplasia and their impact on sexual function. *Urology*. 2003;61:692-8.
10. Chicharro-Molero JA, Burgos-Rodríguez R, Sánchez-Cruz JJ, Rosal-Samaniego JM, Rodero-García P, Rodríguez-Vallejo JM. Prevalence of benign prostatic hyperplasia in Spanish men 40 years or older. *J Urol*. 1998;159:878-82.
11. Frankel SJ, Donovan JL, Peters TJ. Sexual dysfunction in men with lower urinary tract symptoms. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51:677-85.
12. Nehra A. Selecting therapy for maintaining sexual function in patients with benign prostatic hyperplasia. *BJU Int*. 2005;96:237-43.
13. Debruyne MJF. Alpha-blockers: Are all created equal? 10th European Urological Winter Forum; 2001.
14. Schulman C. Impact of treatment of BPH on sexuality. *Prostate Cancer Prostatis Dis*. 2001;4:S12-6.
15. Rebollo P, Espuña M. Situación actual de del diagnóstico y tratamiento de la incontinencia de orina en España. *Arch Esp Urol*. 2003;56:755-74.
16. Bentkover JD, Chapple C, Corey R, Hill S, Stewart EJ. Adapting a US cost-offset economic model for overactive bladder for the European marketplace. *Val Health*. 2003;23:78-85.
17. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *J Clin Epidemiol*. 2000;53:1150-69.
18. Verdejo Bravo C. Incontinencia urinaria: un problema frecuente del paciente mayor. *An Med Interna*. 2000;17:19-25.
19. Brown J, McGhan W, Chokroverty S. Comorbidities associated with overactive bladder. *Am J Manag Care*. 2000;6:574-9.
20. Coyne KS, Paine C, Bhattacharya SK, Revicki DA, Thompson C, Corey R, et al. The impact of urinary urgency and frequency on health-related quality of life in overactive bladder: results from a national community survey. *Val Health*. 2004;7:445-63.
21. Abrams P, Kelleher CJ, Lindsey A, Rogers R. Overactive bladder significantly affects quality of life. *Am J Manag Care*. 2000;6:580-90.
22. Abrams P, Rogers R, Lindsey A. 2nd International Consultation on Incontinence. Paris: Health Publication; 2002.
23. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*. 2003;61:37-49.
24. Duncan JV, Berra-Unamuno A, Martín-Gordo A. Prevalence of urinary symptoms and other urological conditions in Spanish men 50 years old or older. *J Urol*. 1966;155:1965-70.
25. Barry MJ, Fowler JR, O'Leary MP, Bruskewitz RC, Holtgrewe HL, Mebus WK. The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. *J Urol*. 1992;148:1549-57.
26. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49:822-30.
27. Marquis P, Marrel A. Reproducibility and clinical and concurrent validity of the MSF-4: a four-item male sexual function questionnaire for patients with benign prostatic hyperplasia. *Val Health*. 2001;4:335-43.
28. Casas I, Guiarao L, García-Giráldez L, Alfaro JV, Sandoval C, García-Giráldez FJ. SyDSF-AP: un cuestionario de 21 ítems para aproximarnos a la salud sexual y detectar las disfunciones sexuales femeninas en atención primaria. *Semergen*. 2007;33:9-13.
29. Jolley JV, Donovan JL, Nanchahal K, Peters TJ, Abrams P. Urinary symptoms in the community: How bothersome are they? *Br J Urol*. 1994;74:551-5.
30. Rosen R, Giuliano F, Carson CC. Sexual dysfunction and lower urinary tract symptoms (LUTS) associated with benign prostatic hyperplasia (BPH). *Eur Urol*. 2005;47:284-7.
31. Nazarath I, Boynton P, King M. problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. *BMJ*. 2003;327:409-10.
32. Sak SC, Hussain Z, Johnson C, Eardley I. What is the relationship between male sexual function and lower urinary tract symptoms (LUTS)? *Eur Urol*. 2004;46:482-7.
33. Guiarao L, García-Giráldez L, Moccia A, Sandoval C. Disfunción eréctil en atención primaria como posible marcador del estado de salud: factores asociados y respuesta a sildenafilo. *Aten Primaria*. 2002;30:290-6.
34. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:144-8.
35. García-Giráldez L, Guiarao L, Alfaro JV, Velasco MA, Caravaca J, Sandoval C. La calidad de vida: un nuevo argumento para abordar la incontinencia urinaria en atención primaria. *Cuadernos de Urología*. 2004;45:19-22.