



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TÍTULO

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN HOMBRES JÓVENES EN UN
HOSPITAL DE TERCER NIVEL

TESIS QUE PRESENTA

DR. DANIEL DE JESÚS DOMÍNGUEZ GUTIÉRREZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN UROLOGIA

ASESORES:

DR. HÉCTOR EDUARDO MEZA VÁZQUEZ

CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DOCTORA
VICTORIA MENDOZA ZUBIETA
JEFE DE DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

MAESTRO EN CIENCIAS
DR. EFRAÍN MALDONADO ALCARAZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN UROLOGIA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

MAESTRO EN CIENCIAS
DR. HECTOR EDUARDO MEZA VAZQUEZ
ASESOR CLÍNICO
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE UROLOGÍA.
GINECÓLOGO, BIÓLOGO DE LA REPRODUCCIÓN Y ANDRÓLOGO
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3601**.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES Dr. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL
SIGLO XXI

Registro COFEPRIS **17 CI 09 015 034**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 023 2017082**

FECHA **Lunes, 29 de julio de 2019**

Dr. Héctor Eduardo Meza Vázquez

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Prevalencia de disfunción eréctil en hombres jóvenes en un hospital de tercer nivel** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2019-3601-214

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Carlos Fredy Cuevas García
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3601


Impresión

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia a Dios por haberme permitido la oportunidad de llegar hasta este momento de mi vida.

A mi padre Jesús, a mi madre Elia, a mis hermanos y a mi tía Carmen por estar conmigo día a día estos 12 años de esfuerzo, aprendizaje, tristezas y alegrías, por brindarme siempre su apoyo, por alentarme y corregirme cuando lo necesité, sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

A mis maestros y asesor, por sus enseñanzas, correcciones, regaños, por alentarme a ser mejor cada día, a esforzarme más y más cada vez, por enseñarme que el camino no es fácil.

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	15
CONCLUSIÓN	16
REFERENCIAS	17
TABLAS	20

1. Datos del alumno	
Apellido Paterno:	Domínguez
Apellido Materno:	Gutiérrez
Nombre:	Daniel de Jesús
Teléfono:	55 68 09 74 99
Universidad:	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad:	Facultad de Medicina
Carrera:	Médico Cirujano
No. de cuenta:	515231485
2. Datos de los asesores:	
Apellido Paterno:	Meza
Apellido Materno:	Vázquez
Nombres:	Héctor Eduardo
3. Datos de la tesis	
Título:	Prevalencia de disfunción eréctil en hombres jóvenes en un hospital de tercer nivel
No. de páginas:	21
Año:	2020
No. REGISTRO:	R-2019-3601-214

RESUMEN

OBJETIVO

Evaluar los resultados de los cuestionarios validados para disfunción eréctil y realizar una revisión de los factores de riesgo de hombres de 18 a 40 años con disfunción eréctil en el Instituto Mexicano del Seguro Social, así como comparar nuestros hallazgos con los reportados en la literatura nacional y mundial.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio transversal de prevalencia de disfunción eréctil en el cual se incluyeron derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de 18 a 40 años de edad en el periodo comprendido de marzo a agosto de 2019. Se analizaron las siguientes variables: edad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, tabaquismo, dislipidemia, índice de masa corporal, prolactina (2.1-17 ng/ml) y testosterona (280-800 ng/dL). La función eréctil en caso de los hombres fue valorada por la escala del índice Internacional de la Función Eréctil.

RESULTADOS

Se analizaron 82 hombres jóvenes de 18 a 40 años de edad con una edad media de 31.1 años, de los cuales 22 (27%) presentaron algún grado de disfunción eréctil de acuerdo a la escala del Índice Internacional de Función Eréctil. Diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, tabaquismo, sobrepeso y obesidad estuvieron presentes en 2 (2.4%), 2 (2.4%), 24 (29.3%), 30 (36.6%) y el 4 (4.9%) respectivamente. En el análisis bivariado se

encontraron dos factores de riesgo significativos para disfunción eréctil ($p < 0.05$). Prolactina mayor a 17 ng/ml, la cual se encontró en 7 hombres (8.5%), 2 con disfunción eréctil (2.4%) y 5 con función eréctil normal (6.1%). Testosterona menor a 280 ng/dL documentada en 19 pacientes (23.2 %), 14 con función eréctil normal (17.1%) y 5 con algún grado de disfunción eréctil (6.1%).

CONCLUSIONES

A diferencia de los estudios previos sobre disfunción eréctil realizados en adultos jóvenes en México, en este se incluyó el perfil hormonal. Los factores de riesgo para disfunción eréctil significativos en este estudio fueron los niveles de prolactina mayores a 17 ng/ml y testosterona menor a 280 ng/dL.

INTRODUCCIÓN

La disfunción eréctil se ha definido como la incapacidad persistente de conseguir y/o mantener una erección suficiente para permitir una relación sexual satisfactoria ^{1,2}.

La disfunción eréctil es un importante problema de salud. Un estimado de 150 millones mundialmente tienen un grado de disfunción eréctil y más del doble serán afectados para el 2025 ³. Estudios recientes sugieren que aproximadamente el 10 % de los hombres de 40 a 70 años tiene disfunción eréctil severa definida como la imposibilidad de tener una erección lo suficientemente firme para lograr una relación sexual satisfactoria. Un 25% adicional de los hombres de esta categoría tiene disfunción eréctil leve o moderada ⁴. Esta enfermedad se relaciona con la edad, aproximadamente la padece el 22% a los 40 años y el 49% a los 70 años. Aunque es menos común, personas jóvenes no están exentas de esta enfermedad, según estudios realizados en otros países aproximadamente del 5 al 10 % de las personas menores de 40 años padecen esta condición ⁵. Realizar estudios de disfunción eréctil en personas jóvenes es importante, ya que la disfunción eréctil impacta significativamente en la salud física, relaciones interpersonales y laborales, así como en la calidad de vida, lo que conlleva a un aumento en la demanda de la atención médica.

El funcionamiento apropiado del aparato sexual depende no solamente de la integridad del pene y nerviosa, también influyen factores endocrinos y psicológicos. Otros sistemas son complementarios y sus desórdenes pueden afectar este fenómeno causando disfunción eréctil ^{6,7}. La erección es un evento

neurovascular con importante componente hormonal, se compone de 3 procesos indispensables:

1: Disminución de la resistencia intracavernosa por la relajación de las células musculares cavernosas.

2: Aumento del flujo sanguíneo por la dilatación de los vasos arteriales.

3: Restricción del flujo de salida venoso por compresión de los plexos venosos intracavernosos y subfascial ^{1,8}.

Erección: La estimulación sexual desencadena la liberación de neurotransmisores en respuesta a las señales parasimpáticas recibidas provenientes del plexo sacro (S2-4) y nervio pudendo. La inervación parasimpática es la parte fundamental en la erección y su principal neurotransmisor es el óxido nítrico producido por las células del tejido cavernoso que activarán a la enzima guanilato ciclasa para producir GMPc. Hemodinámicamente el proceso de erección se compone de 5 fases: fase de latencia, tumescencia, erección, rigidez y detumescencia ⁹⁻¹¹.

Detumescencia: Se refiere al vaciamiento sanguíneo de los cuerpos cavernosos del pene. Se logra por la activación de los receptores adrenérgicos, conducido por las vías simpáticas del área toracolumbar (T12-L2) a través del plexo hipogástrico, promoviendo la contracción del músculo liso cavernoso, la disminución del diámetro arterial y la liberación del flujo venoso ¹².

Libido: La corteza cerebral es la que controla el deseo sexual. Libido es el sentimiento consciente de deseo sexual, que se origina en el centro cerebral por los impulsos recibidos de varios órganos sensitivos ¹³.

Dentro de las causas de disfunción eréctil encontramos:

No orgánica o psicogénica: Ciertas condiciones como el estrés, depresión y ansiedad pueden producir incapacidad para lograr y mantener una erección, lo cual se debe a niveles elevados de neurotransmisores adrenérgicos como la noradrenalina ^{14,15}.

Neurogénica: Es una disfunción causada por déficit en la inervación de los cuerpos cavernosos. Algunos ejemplos que se pueden citar son trauma de médula de espinal, enfermedad de Parkinson, hernia de disco, cirugía pélvica radical y diabetes ¹⁶.

Vascular: La enfermedad vascular y disfunción endotelial conducen a disfunción eréctil, se trata de una manifestación de una enfermedad subyacente como hipertensión, diabetes, dislipidemia, entre otras. El tejido cavernoso hipóxico causa disminución de la prostaglandina E1, que normalmente inhibe a las citocina profibróticas, como el factor de crecimiento transformante B1, lo que provoca el depósito de colágeno ¹⁷.

Iatrogénica: La causa más común es la cirugía pélvica radical, en la que ocurre daño nervioso del nervio cavernoso. Dentro de este rubro se han asociado varios medicamentos con disfunción eréctil, entre los que destacan los diuréticos tiazídicos, betabloqueadores, antiandrógenos para tratar cáncer de próstata, inhibidores de 5 alfa reductasa, antidepresivos tricíclicos, inhibidores

selectivos de la recaptura de serotonina, benzodiazepinas, antipsicóticos, opiáceos ¹⁸.

Endocrina: Los andrógenos son considerados el estímulo regulador del desarrollo del pene y funcionalidad, sin embargo se han encontrado resultados contradictorios en ensayos clínicos, el hipogonadismo y disfunción eréctil son comunes con el envejecimiento. Se sabe que la disminución en los niveles de testosterona causa disminución de la libido, disminución en las erecciones nocturnas y alteración en la producción de espermatozoides ¹⁹.

Es importante identificar los factores de riesgo para disfunción eréctil para llegar a un diagnóstico correcto y tratamiento exitoso.

La evaluación básica comienza con una historia clínica completa con énfasis en factores de riesgo, antecedentes sexuales y exploración física genitourinaria minuciosa, perfil hormonal (testosterona total y unida a globulina en todos los hombres, prolactina y perfil tiroideo en pacientes seleccionados) y laboratorios de rutina (perfil de lípidos). Los estudios de segunda línea se deben limitar a aquellos con resultados anormales en estudios de primera línea ²⁰⁻²¹.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con aprobación del comité de investigación y ética local, se realizó un estudio transversal de prevalencia de disfunción eréctil en el cual se incluyeron derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de 18 a 40 años de edad en el periodo comprendido de marzo a agosto de 2019.

Se analizaron las siguientes variables: edad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, tabaquismo, dislipidemia, índice de masa corporal, prolactina (2.1-17 ng/ml) y testosterona (280-800 ng/dL).

La función eréctil en caso de los hombres fue valorada por la escala del índice Internacional de la Función Eréctil (IIFE), clasificando como función eréctil normal (22-25 puntos), disfunción leve (17-21 puntos), disfunción leve a moderada (12-16 puntos), disfunción moderada (8-11 puntos) y disfunción severa (5-7 puntos).

Se realizó un análisis descriptivo de las características basales de los pacientes utilizando medidas de tendencia central y frecuencias mediante porcentajes. Para el estudio comparativo se utilizó Chi² y t de student. Se considerará una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa. Se utilizó el programa SPSS versión 25.

RESULTADOS

Se analizaron 82 hombres jóvenes de 18 a 40 años de edad con una edad media de 31.1 años, de los cuales 22 (27%) presentaron algún grado de disfunción eréctil de acuerdo a la escala del Índice Internacional de Función Eréctil, leve en 12 (14.7%), leve-moderada 5 (6.1%), moderada 3 (3.7%) y severa en 2 (2.5%). Se analizaron los valores de prolactina y testosterona, 7 presentaron hiperprolactinemia (8.5%) y 19 niveles de testosterona disminuidos (23.2%). Diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, tabaquismo, sobrepeso y obesidad estuvieron presentes en 2 (2.4%), 2 (2.4%), 24 (29.3%), 30 (36.6%) y el 4 (4.9%) respectivamente. Tabla 1, gráfica 1.

En el análisis bivariado se encontraron dos factores de riesgo significativos para disfunción eréctil ($p < 0.05$). Prolactina mayor a 17 ng/ml, la cual se encontró en 7 hombres (8.5%), 2 con disfunción eréctil (2.4%) y 5 con función eréctil normal (6.1%). Testosterona menor a 280 ng/dL documentada en 19 pacientes (23.2%), 14 con función eréctil normal (17.1%) y 5 con algún grado de disfunción eréctil (6.1%). Tabla 2.

DISCUSIÓN

La disfunción eréctil se relaciona estrechamente con la edad, se ha demostrado que el 34.8% de hombres de 40 a 70 años presentan cierto grado de disfunción eréctil, por lo que es una enfermedad poco estudiada en hombres jóvenes y que en muchas ocasiones es subestimada por el personal médico, pues existe la creencia de que es condición propia de personas mayores ²². La etiología es multifactorial por lo que requiere de un amplio conocimiento de la fisiopatología y factores de riesgo.

En nuestro estudio se observó una prevalencia de disfunción eréctil en hombres jóvenes de 27%, de los cuales el 14.7 % fue leve, 6.1% leve-moderada, 3.7 % moderada y 2.5 % severa. En México existe poca información sobre disfunción eréctil en hombres jóvenes y su relación con los niveles de testosterona y prolactina, comparando nuestros resultados con estudios previos encontramos una prevalencia diferente. Gráfico 1.

Barroso et.al en su estudio de 1 800 casos en México demuestra una prevalencia de 9.7 % para este grupo de edad, cifra por debajo de nuestro estudio ²³. González et.al estudió 160 casos en México de los cuales el 33.8% presentaron disfunción eréctil, 17.9% leve, 7.9% leve-moderado, 5.8% moderado y 1.9 % severo, siendo similar el porcentaje de cada categoría ²⁴. Rastrelli y Maggi en Italia demostraron que el 14.1% de 3 000 hombres menores de 40 años tienen disfunción eréctil ²⁵. Gráfica 2.

Encontramos dos factores de riesgo significativos para disfunción eréctil dentro del perfil hormonal, prolactina mayor a 17 ng/ml y testosterona menor a 280 ng/dL, sin embargo este dato se tiene que tomar con cautela, ya que no es

costo-efectivo determinar los niveles de testosterona y prolactina en todos los pacientes con disfunción eréctil, únicamente en aquellos con disminución de libido y examen físico anormal ²⁶. Tabla 2.

En la población estudiada por Corona et.al de 2 146 hombres refiere que la hiperprolactinemia severa es un factor de riesgo para disfunción eréctil ²⁷. Jhonson et.al encontró una etiología hormonal en el 2.1% de 330 pacientes con disfunción eréctil ²⁸. El-behery et.al en una muestra de 100 pacientes con disfunción eréctil refiere que el 3% presentaron hiperprolactinemia ²⁹. El mecanismo por el cual la hiperprolactinemia reduce los niveles de testosterona es por la interferencia de la secreción de la hormona liberadora de gonadotropinas ³⁰.

Las limitaciones de nuestro estudio son el tamaño de la muestra y falta de variables demográficas. Se requieren estudios prospectivos con mayor población y multicéntricos para confirmar nuestros resultados.

CONCLUSIONES

A diferencia de los estudios previos sobre disfunción eréctil realizados en adultos jóvenes en México, en este se incluyó el perfil hormonal.

Los factores de riesgo para disfunción eréctil significativos en este estudio fueron los niveles de prolactina mayores a 17 ng/ml y testosterona menor a 280 ng/dL.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, et al. *Erectile dysfunction. Nat Rev Dis Primers.* 2016;2:16003.
2. Tom FL. *Erectil dysfunction. Engl J Med* 2000; 342:1802-1813.
3. Kaminetsky JC, Stecher V, Tseng LJ. *Quality of erections by age group in men with erectile dysfunction. Int J Clin Pract.* 2017;71:2976.
4. Papagiannopoulos D, Khare N, Nehra A. *Evaluation of young men with organic erectile dysfunction. Asian J Androl* 2015;17:11-6.
5. Lane-Cordova AD, Kershaw K, Liu K. *Association between cardiovascular health and endothelial function with future erectile dysfunction: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. Am J Hypertens.* 2017;30:815-21.
6. Cohen SD. *The Challenge of Erectile Dysfunction Management in the Young Man. Curr Urol Rep* 2015;16:84.
7. Sweet G, Shindel AW. *AUA Update Series Volume 34: Lesson 1- Erectile Dysfunction in the Younger Man.* 2015.
8. Dean RC, Lue TF. *Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction. Urol Clin North Am* 2005;32:379-95.
9. Diederichs W, Stief CG, Benard F, et al. *The sympathetic role as an antagonist of erection. Urol Res* 1991;19:123-6.
10. Diederichs W, Stief CG, Lue TF, et al. *Sympathetic inhibition of papaverine induced erection. J Urol* 1991;146:195-8.
11. Steers WD. *Neural control of penile erection. Semin Urol* 1990;8:66-79.

12. Hutchings DC, Anderson SG, Caldwell JL, et al. Phosphodiesterase-5 inhibitors and the heart: Compound cardioprotection?. *Heart*. 2018;104:1244-50.
13. Althof SE, Needle RB. Psychological factors associated with male sexual dysfunction: screening and treatment for the urologist. *Urol Clin North Am* 2011;38:141-6.
14. Ninan PT. The functional anatomy, neurochemistry, and pharmacology of anxiety. *J Clin Psychiatry* 1999;60 Suppl 22:12-7.
15. Santiago-Lastra Y, Williams BC, Hollingsworth JM. Lesson 40: Dealing with the Difficult Patient Encounter. *AUA Update Series* 2015. Linthicum, MD: AUA Education and Research, Inc; 2015.
16. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988;26:657-75.
17. Lue T. Ch. 23. Philadelphia: Elsevier Inc; 2011. *Campbell-Walsh Urology. Physiology of Erection and Pathophysiology of ED*.
18. Ghanem HM, Salonia A, Martin-Morales A. SOP: physical examination and laboratory testing for men with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2013;10:108-10.
19. Miner M, Seftel AD, Nehra A, et al. Prognostic utility of erectile dysfunction for cardiovascular disease in younger men and those with diabetes. *Am Heart J* 2012;164:21-8.
20. Nehra A, Jackson G, Miner M, et al. Diagnosis and treatment of erectile dysfunction for reduction of cardiovascular risk. *J Urol* 2013;189:2031-8.

21. Sikka SC, Hellstrom WJ, Brock G, et al. Standardization of vascular assessment of erectile dysfunction: standard operating procedures for duplex ultrasound. *J Sex Med* 2013;10:120-9.
22. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537–544.
23. Barroso-Aguirre J, Ugarte-Romano F. Prevalencia de disfunción eréctil en hombre de 18 a 40 años en México y factores de riesgo asociados. *Perinatol Reprod Hum* 2001;15:254-261
24. González-Cuenca E, Villeda-Sandoval C, et al. Prevalencia de disfunción eréctil en una muestra de población joven. *Rev Mex Urol* 2012;72(5):245-249
25. Rastrelli G, Maggi M. Erectile dysfunction in fit and healthy young men: psychological or pathological?. *Transl Androl Urol*. 2017;6(1):79–90.
26. Buvat J, & Lemaire A. Endocrine screening in 1,022 men with erectile dysfunction: clinical significance and cost-effective strategy. *The Journal of Urology*, 1997;158(5), 1764–1767.
27. Corona G, Mannucci, E, et al. Effect of Hyperprolactinemia in Male Patients Consulting for Sexual Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 2007;4(5), 1485–1493.
28. Johnson, AR, Jarow JP. Is Routine Endocrine Testing of Impotent Men Necessary? *The Journal of Urology*, 1992;147(6), 1542–1543.
29. El-beheiry A, Souka A, et al. Hyperprolactinemia and Impotence. *Archives of Andrology*, 1988;21(3), 211–214.
30. Buvat J. Hyperprolactinemia and sexual function in men: a short review. *International Journal of Impotence Research*, 2003;15(5), 373–377.

TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Demografía y características clínicas		(N=82)
Edad en años, media (DE)		31.1 (5.2)
IMC		
Normal, n (%)		48 (58.5)
Sobrepeso, n (%)		30 (36.6)
Obesidad, n (%)		4 (4.9)
Diabetes Mellitus, n (%)		2 (2.4)
Hipertensión Arterial Sistémica, n (%)		2 (2.4)
Tabaquismo, n (%)		24 (29.3)
Dislipidemia, n (%)		0 (0)
Prolactina mayor a 17 ng/ml, n (%)		7 (8.5)
Testosterona menor a 280 ng/dL, n (%)		19 (23.2)
Índice Internacional de Función Eréctil		
Normal, n (%)		60 (73)
Leve, n (%)		12 (14.7)
Leve-moderada, n (%)		5 (6.1)
Moderada, n (%)		3 (3.7)
Severa, n (%)		2 (2.5)

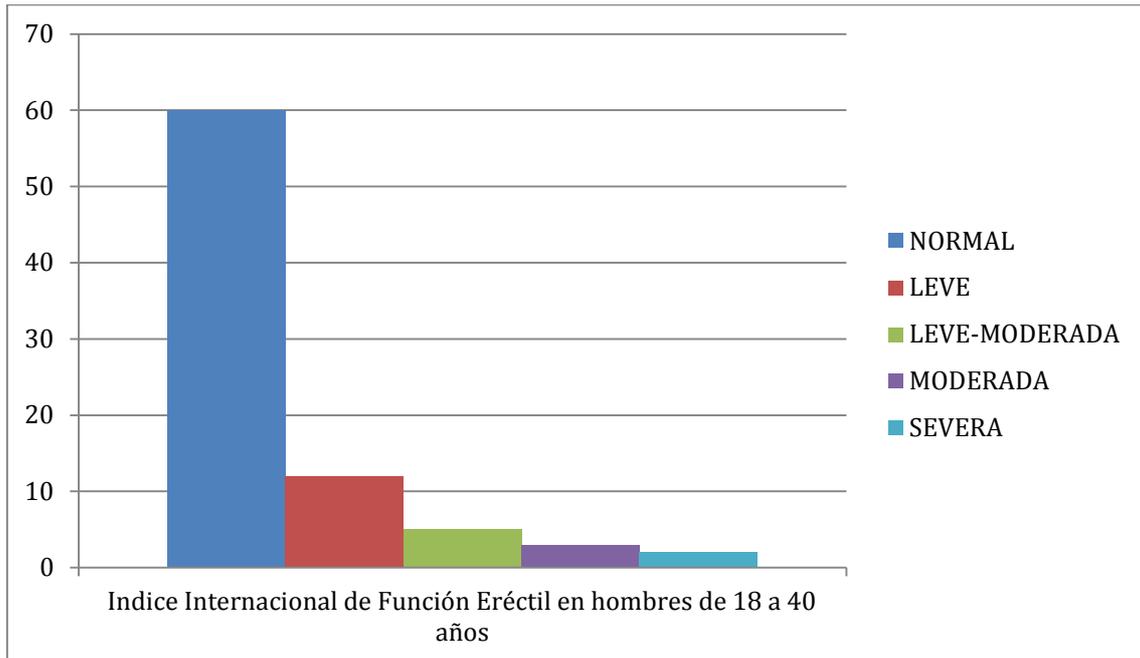
IMC: Índice de Masa Corporal; DE: Desviación Estándar

Tabla 2. Disfunción eréctil por variables		(N=82)	
Variables	Disfunción eréctil		p
	Si	No	
Edad en años, media (DE)	32.2 (4.73)	30.5 (5.30)	0.968
Diabetes Mellitus	1 (1.2)	1(1.2)	0.561
Hipertensión arterial sistémica	2 (2.4)	0(0)	0.752
Tabaquismo	16 (19.5)	8 (9.8)	0.731
IMC			
Normal	16 (19.5)	32 (3)	3.214
Sobrepeso	6 (7.3)	24 (29.3)	
Obesidad	0 (0)	4 (4.9)	
Prolactina mayor a 17 ng/ml	2 (2.4)	5 (6.1)	0.012
Testosterona menor a 280 ng/dL	5 (6.1)	14 (17.1)	0.003

IMC: Índice de Masa Corporal; DE: Desviación Estándar.

p<0.05

Gráfica 1.



Gráfica 2.

