



proyecto
MEJORÉ

MANEJO

DE LA DISFUNCIÓN

ERÉCTIL



© Saned 2022

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin el permiso de los Editores.

Sanidad y Ediciones, S.L.

gruposaned@gruposaned.com

Poeta Joan Maragall, 60, 1a. 28020 Madrid.

Tel.: 91 749 95 00 - Fax: 91 749 95 01

Carrer Frederic Mompou, 4A, 2o, 2a. 08960 Sant Just Desvern. Barcelona.

Tel.: 93 320 93 30 - Fax: 93 473 75 41

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	5
1.1. Introducción	5
1.2. Justificación	5
1.3. Objetivos	5
2. MATERIAL Y MÉTODOS	5
3. GESTIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	6
3.1. Características de la muestra	6
4. RESULTADOS	8
4.1. Epidemiología de la disfunción eréctil	8
4.2. Factores de riesgo de la disfunción eréctil	9
4.3. Manejo diagnóstico de la disfunción eréctil	9
4.4. Manejo terapéutico de la disfunción eréctil	14
5. DISCUSIÓN	20
6. CONCLUSIONES	24
7. BIBLIOGRAFÍA	24

TÍTULO

ManEJO de la disfunción eRéctil. "Proyecto MEJORÉ"

PROMOTOR

SANED, S.L.
Poeta Joan Maragall,60
28020 Madrid

COORDINADORES

Dr. Jesús Moreno Sierra
Jefe de Servicio de Urología
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Dra. Natalia Pérez Romero
Servicio de Urología
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Dra. Irene de la Parra Sánchez
Servicio de Urología
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

AGRADECIMIENTOS

A Casen Recordati por el patrocinio de la sección Investigación en Sistemas de Salud de la revista El Médico y El Médico Interactivo.

1. INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

► 1.1. Introducción

La disfunción eréctil (DE) se define como la incapacidad persistente o recurrente, durante al menos 3 meses, para conseguir o mantener suficiente rigidez del pene que permita una relación sexual satisfactoria^{1,2}.

Es uno de los problemas de salud más frecuentes en varones de más de 40 años y compromete la calidad de vida tanto del paciente como de su pareja. Por otra parte, la DE vascular es un reconocido factor de riesgo o “signo centinela” de enfermedad cardiovascular³.

Dependiendo de la cultura, raza y país su prevalencia es diferente, oscilando entre 17 y 52 %. Basándose en el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF), el 19 % de los hombres entre 25 y 70 años presentan algún grado de DE⁴. Entre los factores de riesgo relacionados con DE debemos señalar la edad, diabetes, hipertensión arterial, hiperlipidemia, síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular, sedentarismo, obesidad, iatrogenia, consumo de drogas, enfermedades hormonales, neurológicas y trastornos afectivos^{4,5}.

En la mayor parte de los pacientes con DE es necesario establecer un tratamiento sintomático. Los fármacos orales más efectivos son los inhibidores de la fosfodiesterasa 5, sin embargo, entre el 30 y el 40 % de los pacientes que toman PDE5i en monoterapia para la DE presentan poca o nula respuesta⁶, la combinación de fármacos podría ser una buena estrategia para estos pacientes⁷.

La participación del urólogo en la atención integral de la DE es fundamental ya que es el responsable del manejo de los problemas derivados del aparato genital masculino, atiende patologías que están fuertemente asociadas a la DE (hiperplasia benigna de próstata, cáncer de próstata, cirugía radical pelviana, ...), además tienen la capacidad médica y quirúrgica necesaria para afrontar todo el espectro de la DE⁸.

► 1.2. Justificación

Debido a la alta prevalencia de esta patología en los hombres, al gran impacto que produce sobre su calidad de vida y a la conocida relación con la enfermedad cardiovascular, es importante optimizar la práctica clínica de la DE, para llevar a cabo un adecuado manejo que permita mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

► 1.3. Objetivos

Objetivo principal

- Estudiar el manejo de la DE en consultas de Urología de España.

Objetivos secundarios

- Estudiar cómo se realiza el diagnóstico de la DE.
- Analizar las opciones terapéuticas utilizadas en la DE.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Proyecto de investigación en sistemas de salud, descriptivo, transversal, multicéntrico y no aleatorizado.

El comité científico del proyecto desarrolló un formulario ad-hoc para completar los objetivos del proyecto. El formulario se estructuró en 4 bloques:

- Epidemiología de la DE.
- Factores de riesgo de DE.
- Manejo diagnóstico de la DE.
- Manejo terapéutico de la DE.

Se alojó en un microsite en el que se encontraban todos los elementos del estudio.

Participaron en el estudio especialistas en Urología seleccionados de forma no aleatorizada, estratificada con afijación no proporcional al número de médicos, según estratos de comunidad autónoma. A los participantes se entregó un díptico de presentación que incluía la URL del microsite y contraseña de acceso al formulario.

3. GESTIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

A partir de los formularios cumplimentados se realizó el análisis estadístico que sirvió de base para elaborar este documento.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SAS versión 9.1.3 Service pack 3. En primer lugar, se procedió a realizar un análisis descriptivo de los datos del estudio mediante la elaboración de tablas de frecuencias para las variables de tipo nominal y medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas. Se estimaron los intervalos de confianza al 95 % (IC95 %) en el caso de estas últimas.

La comparación entre variables cualitativas se realizó mediante la prueba exacta de Fisher, y la comparación entre grupos y variables cuantitativas se realizó mediante la prueba de la T de Student (en caso de 2 grupos) o mediante la prueba Anova de una vía (para 3 o más grupos).

En los casos en los que no se cumplían las condiciones de aplicación de la prueba t de Student o de la prueba Anova, se recurrió a la prueba no paramétrica de la U de Mann- Withney (2 grupos) o la prueba de Kruskal-Wallis (para 3 o más grupos).

Este proyecto ha sido evaluado y aprobado por el CEIC del Hospital Clínico San Carlos de Madrid el 4 de diciembre de 2019.

3.1. Características de la muestra

En total participaron 193 especialistas en Urología de todo el territorio nacional (**figura 1**), siendo las comunidades más representadas Madrid, Cataluña y la Comunidad Valenciana.

El 72 % de los participantes eran hombres, la edad media fue de aproximadamente 41,5 ($\pm 9,7$) años. La experiencia media fue de 14,65 ($\pm 9,5$) años. Casi la mitad de los urólogos encuestados había participado en algún programa de formación en el campo de la disfunción eréctil en el año previo, el 22 % como formador y el 88 % como discípulo.

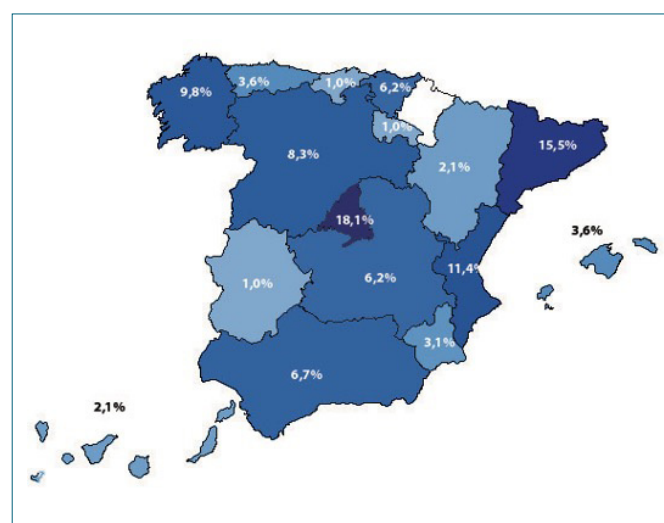


Figura 1. Porcentaje de participantes por comunidad autónoma. N = 193.

La mayoría refirió desempeñar alguna subespecialidad dentro de la Urología, siendo la más frecuente la Uro-Oncología, seguida de la Andrología y la Uro-litiasis (**figura 2**).

El 89 % de los participantes manifestó pertenecer a la Asociación Española de Urología. En el ámbito de la andrología la asociación más representada por los participantes fue ASESA (Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva).

Casi la totalidad de los participantes trabajaban en el ámbito público (**figura 3**), en hospitales de tercer nivel (**figura 4**).

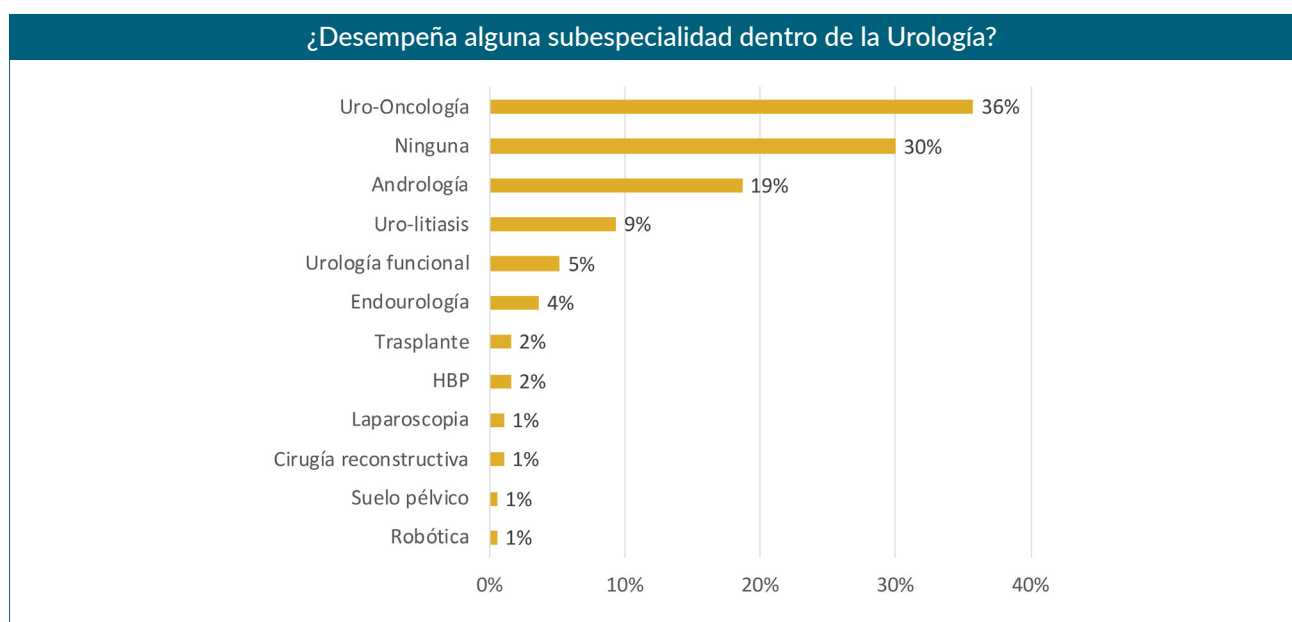


Figura 2. Porcentaje de participantes en función de la subespecialidad que desempeñaban dentro de la Urología. Multirresposta. N = 193.

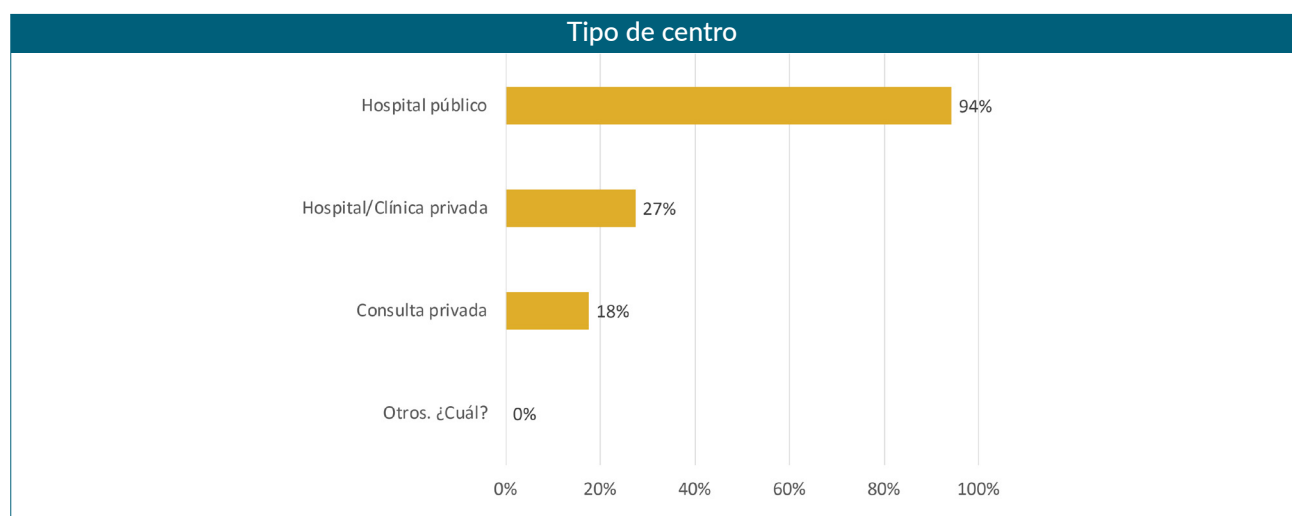


Figura 3. Porcentaje de participantes en función del tipo de centro en el que realizaba su labor asistencial. Multirresposta. N = 193.

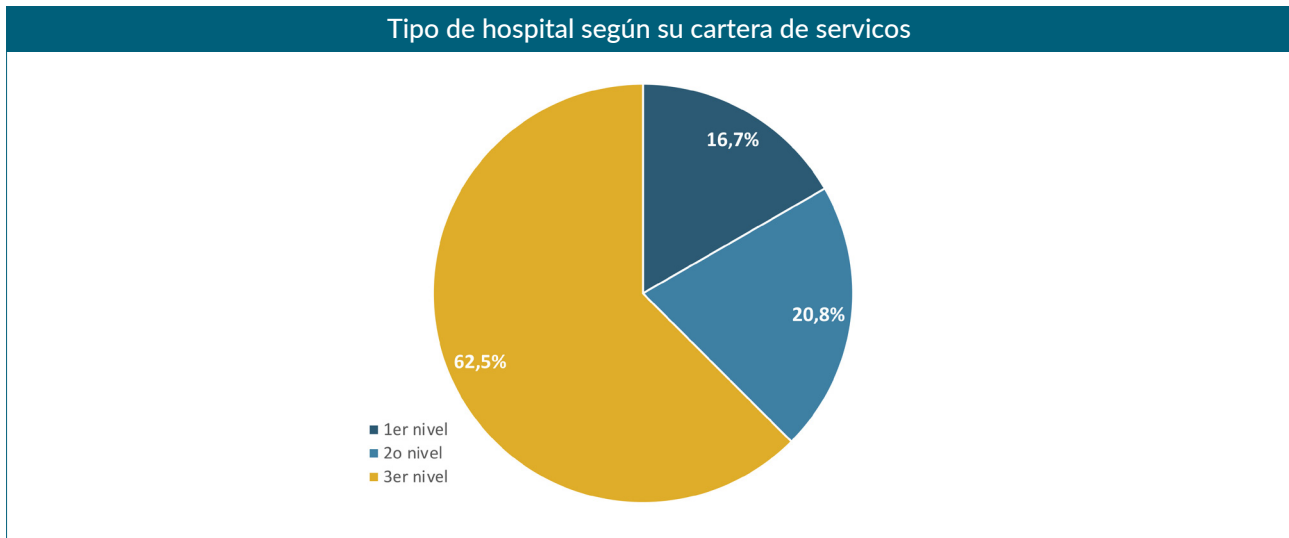


Figura 4. Porcentaje de participantes en función del nivel del hospital en el que realizaba su labor asistencial. N = 192.

4. RESULTADOS

4.1. Epidemiología de la disfunción eréctil

En referencia al número de pacientes atendidos en consulta en una semana, la mitad de los encuestados manifestó atender una media de entre 50 y 100 pacientes (figura 5), siendo entre 10 y 20 el número de consultas por DE (figura 6).

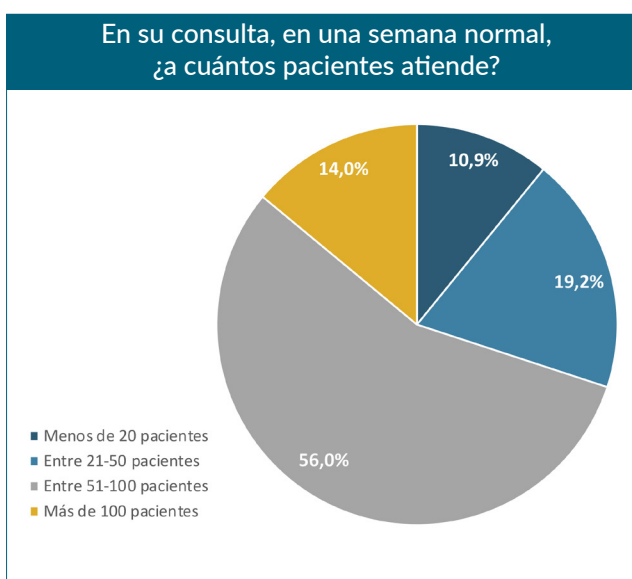


Figura 5. Porcentaje de participantes en función los pacientes que atendía en una semana normal. N = 193.

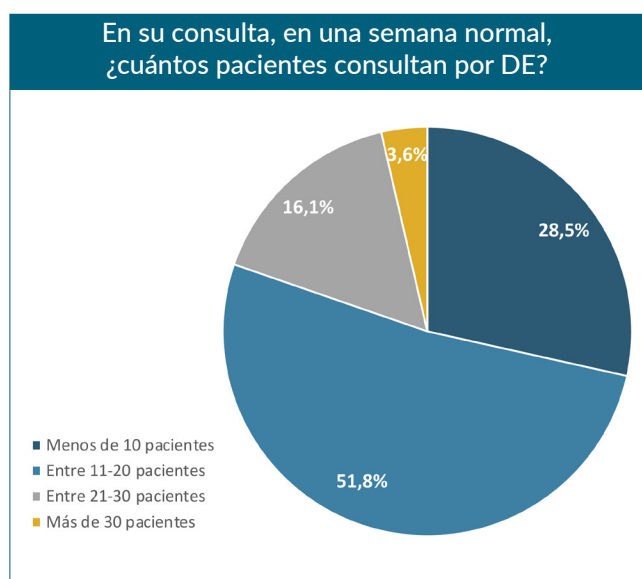


Figura 6. Porcentaje de participantes en función los pacientes que en una semana normal consultaban por DE. N = 193.

4.2. Factores de riesgo de la disfunción eréctil

El 84 % de los participantes refirió que más del 60 % de sus pacientes a los que se les ha realizado una prostatectomía radical, presentaban DE (figura 7).

La mitad de los encuestados afirmaba que más del 60 % de los pacientes que recibían radioterapia como tratamiento del cáncer de próstata presentaban DE (figura 8).

Para el 48 % de los encuestados, más de la mitad de los pacientes con insuficiencia renal presentaba DE (figura 9).

Los principales factores de riesgo expuestos por los encuestados para presentar DE eran la realización de una prostatectomía radical, diabetes, el uso de fármacos de acción hormonal y la edad (figura 10).

La ansiedad por el fracaso sexual se situó como el principal factor del desarrollo y educación sexual en la aparición de DE (figura 11).

El origen vascular era según los encuestados la causa más frecuente de disfunción eréctil, seguida del origen iatrogénico y el psicógeno (figura 12).

4.3. Manejo diagnóstico de la disfunción eréctil

La mayoría de los encuestados interrogaba a sus pacientes con factores de riesgo de DE sobre la existencia

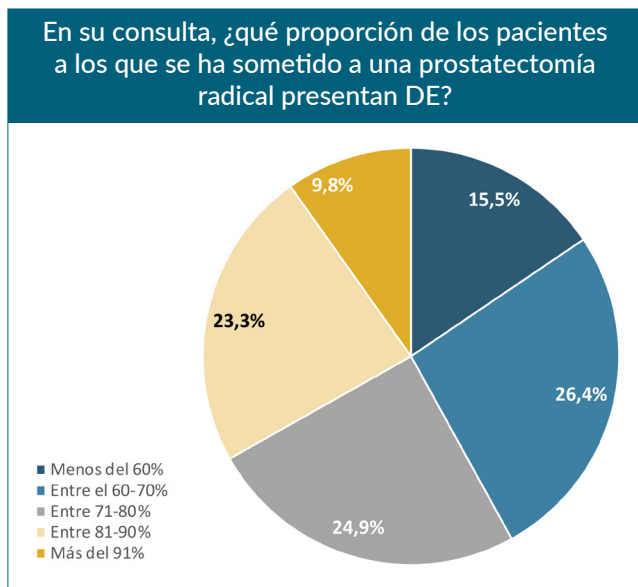


Figura 7. Porcentaje de participantes en función la proporción de pacientes sometidos a una prostatectomía radical que presentaban DE. N = 193

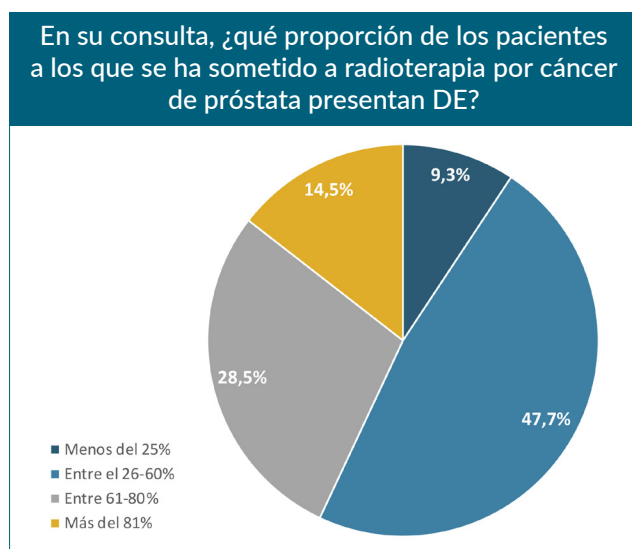


Figura 8. Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes, a los que se había sometido a radioterapia por cáncer de próstata, que presentaban DE. N = 193.

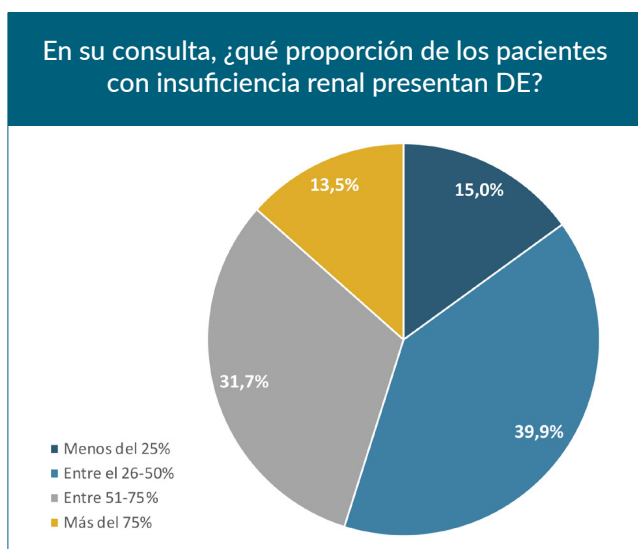


Figura 9. Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes con insuficiencia renal que presentaban DE. N = 193.

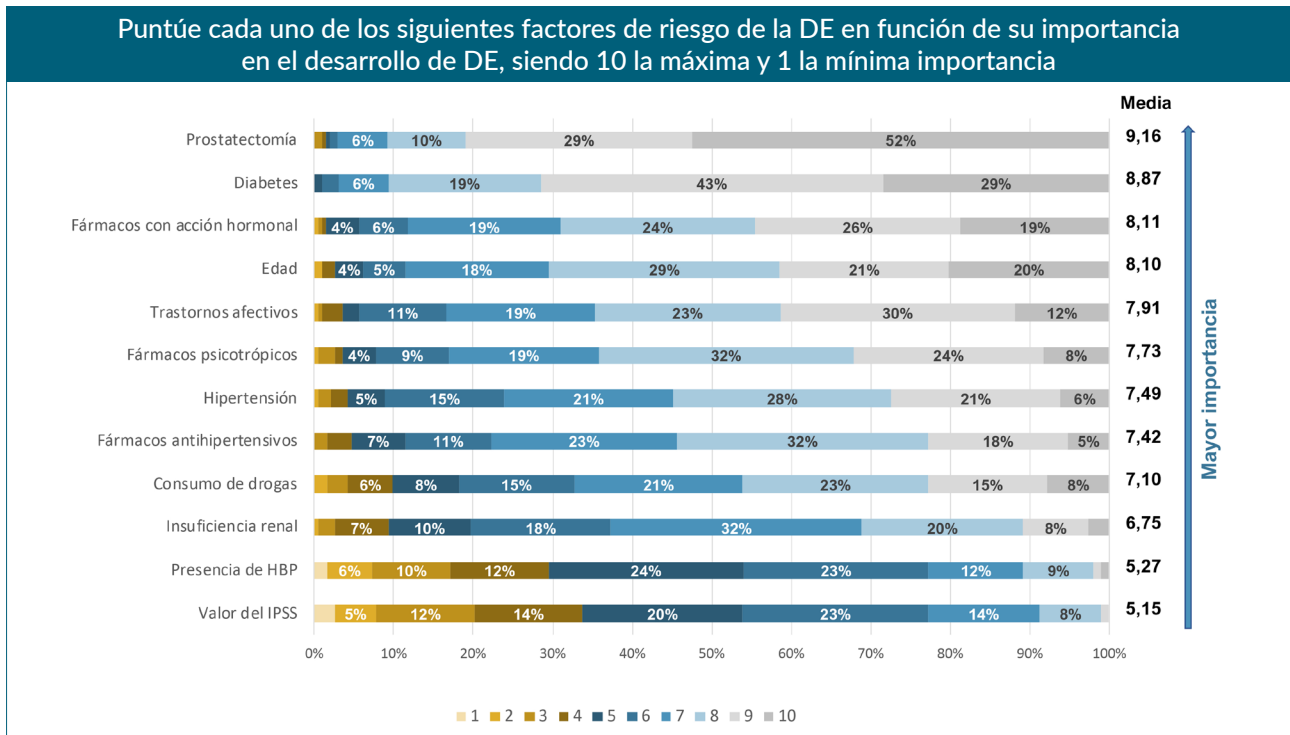


Figura 10. Porcentaje de participantes en función de la importancia que otorgaron a los factores de riesgo de la DE listados, en una escala de 10 a 1, siendo 10 el más importante. N = 193.

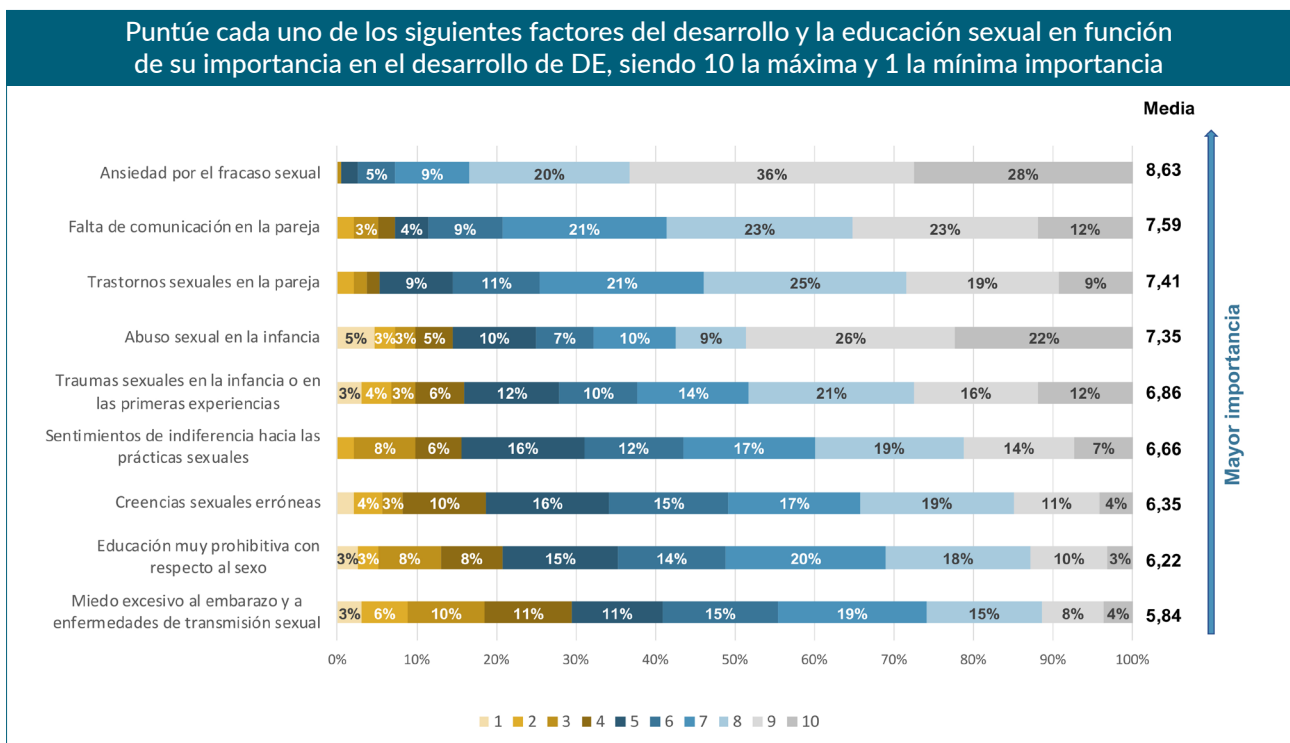


Figura 11. Porcentaje de participantes en función de la importancia que otorgaron a los factores relacionados con el desarrollo y la educación sexual listados. En una escala de 10 a 1, siendo 10 el más importante. N = 193.

Según su experiencia, ¿cuál considera que es la causa más frecuente de disfunción eréctil entre los pacientes que atiende? Puntúe cada una de las causas siguientes, siendo 5 la más frecuente y 1 la menos frecuente

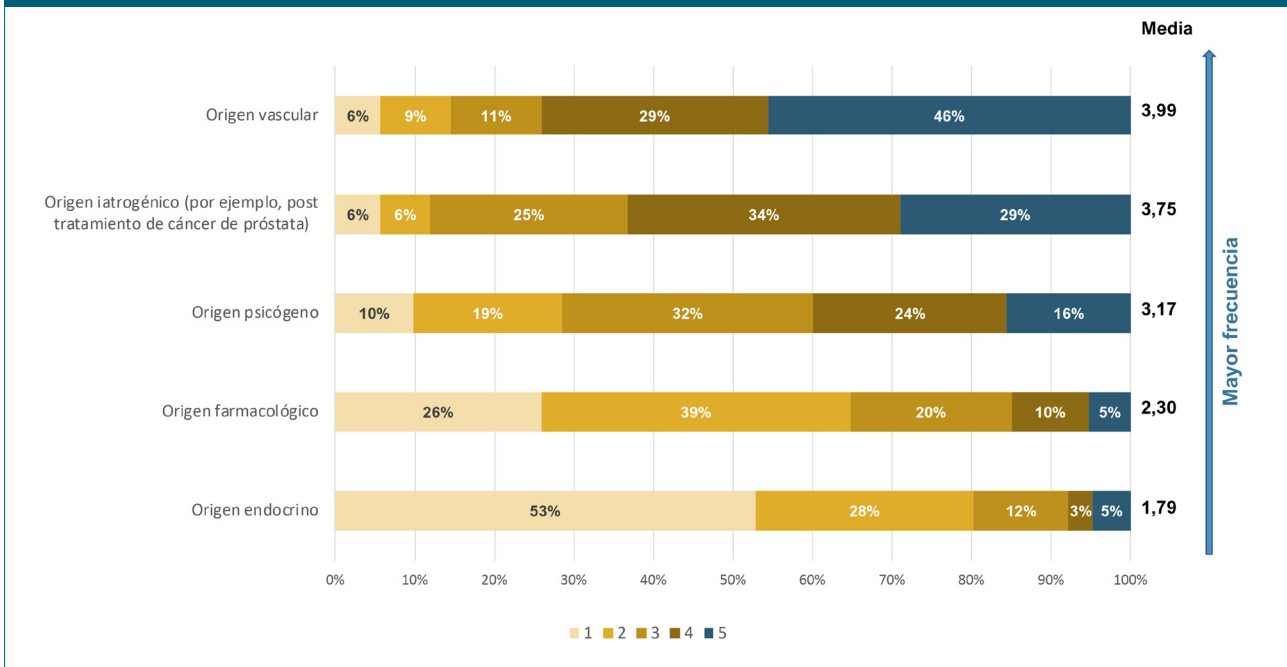


Figura 12. Porcentaje de participantes en función de la frecuencia de causa de DE los orígenes listados. En una escala de 5 a 1, siendo 5 el más frecuente. N = 193.

de este síntoma, siendo minoría (18 %) los que en estos casos administraban cuestionarios específicos (figura 13). En los pacientes atendidos por DE, la mitad de los urólogos manifestaron utilizar un cuestionario de síntomas siendo el más utilizado el IIEF (figura 14).

¿Pregunta de forma sistemática a todos los pacientes con factores de riesgo (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía, etc.) por su función sexual?

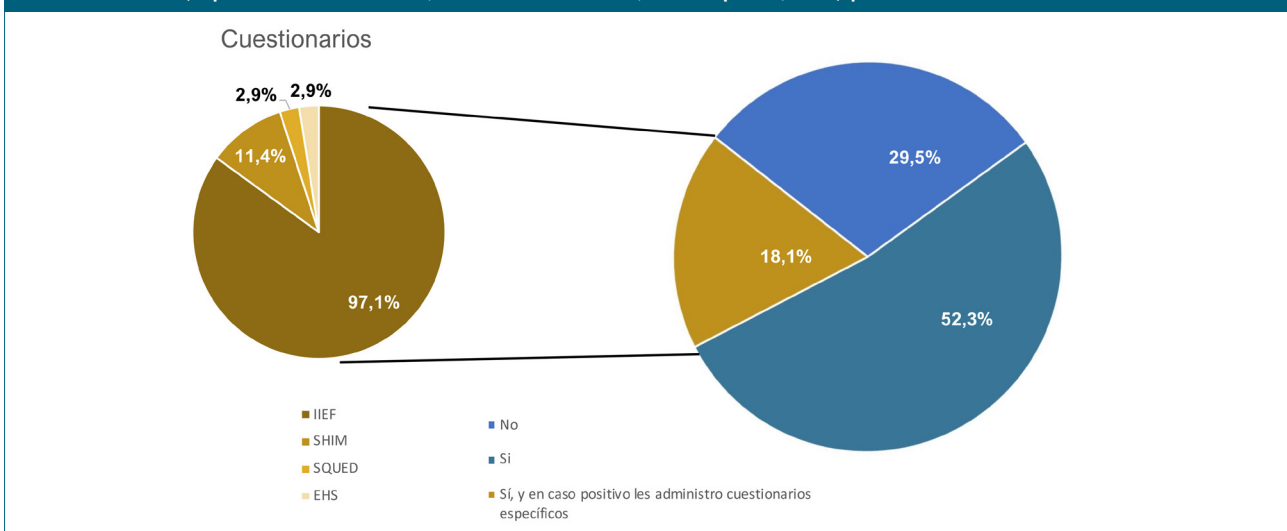


Figura 13. Porcentaje de participantes en función de si preguntaba de forma sistemática a todos sus pacientes con factores de riesgo por su función sexual (N = 193) y el cuestionario que utilizaban en caso de usarlo.(N = 35).

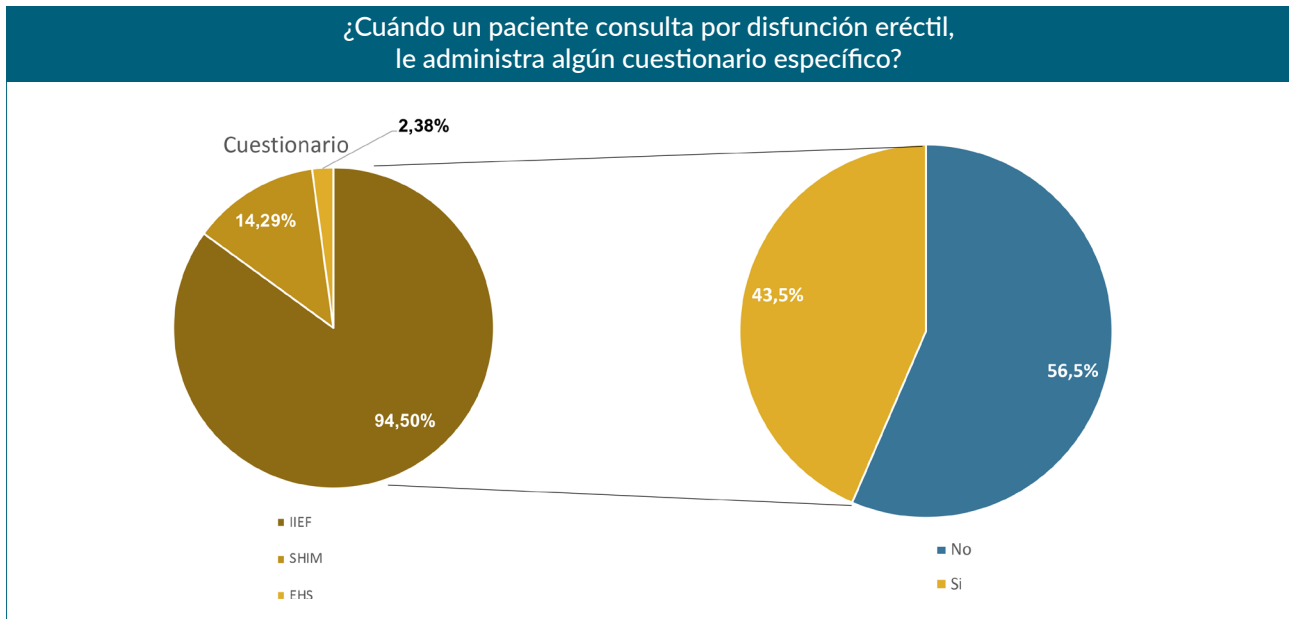


Figura 14. Porcentaje de participantes en función de si administraba a los pacientes que consultaban por DE un cuestionario (N = 193) y el cuestionario que utilizaban (N = 84).

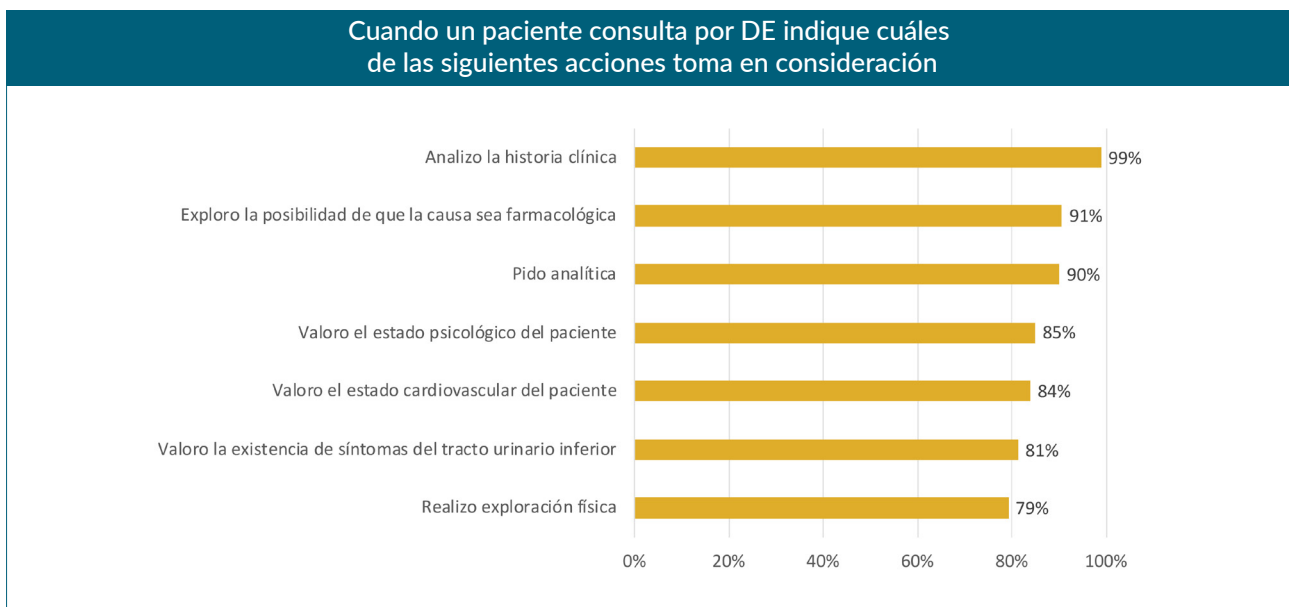


Figura 15. Porcentaje de participantes en función de las acciones que tomaba en consideración cuando un paciente consultaba por DE. Multirrespuesta. N = 193.

Se preguntó qué acciones se tomaban en cuenta en caso de consulta por DE, la gran mayoría realizaba una historia clínica, valoraba la medicación y solicitaba una analítica (figura 15).

Algo más de la mitad de los encuestados realizaba una exploración física, que la gran mayoría dirigía al sistema genitourinario (figura 16).

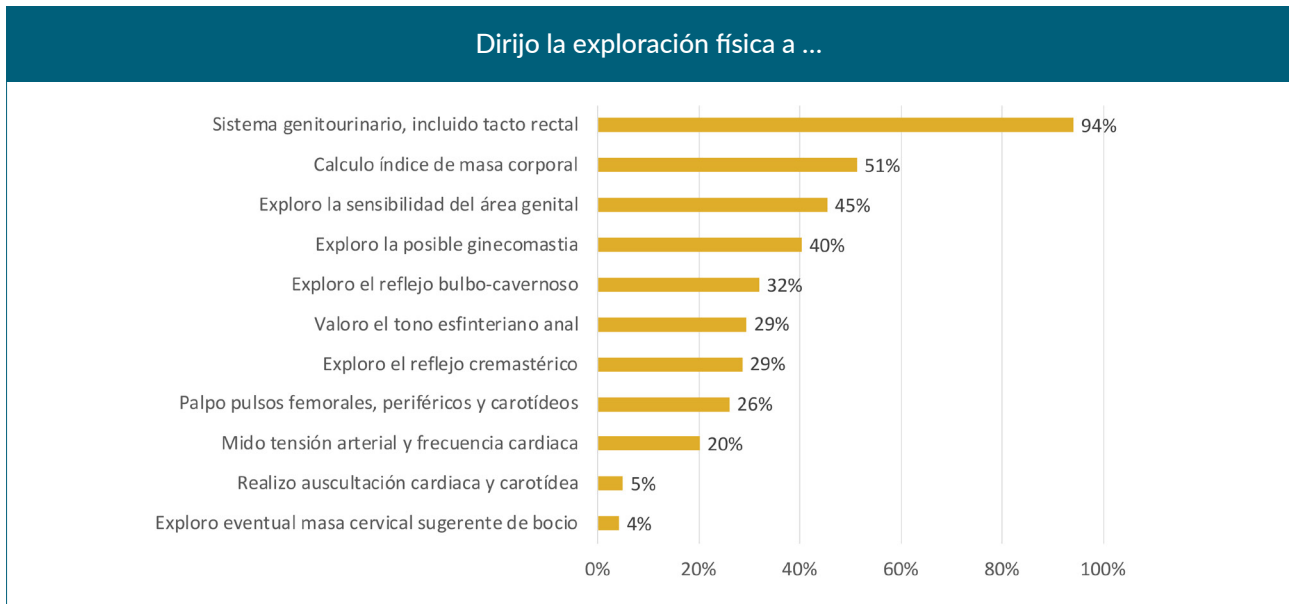


Figura 16. Porcentaje de participantes en función de a que dirigía la exploración física cuando un paciente consultaba por DE. Multirrespuesta. N = 119.

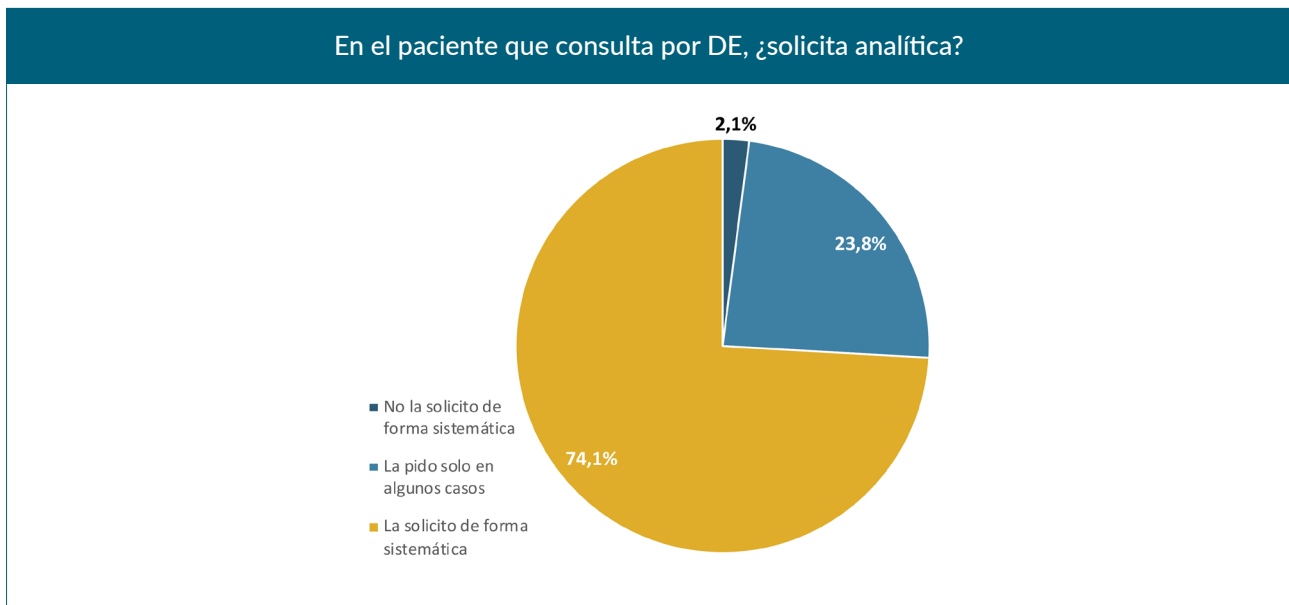


Figura 17. Porcentaje de participantes en función de si solicitaban analítica de sus pacientes que consultaban por DE. N = 193.

La mayoría solicitaba analítica de forma sistemática (**figura 17**), pidiendo prácticamente todos la determinación de testosterona seguida de glucemia (**figura 18**).

Más de la mitad de encuestados evaluaba el riesgo cardiovascular sólo en pacientes con factores de riesgo (**figura 19**) y alrededor del 60 % utilizaba la ecografía doppler con test de inyección intracavernosa como prueba diagnóstica especializada (**figura 20**), haciendo seguimiento trimestral o semestral la mayoría de ellos (**figura 21**).

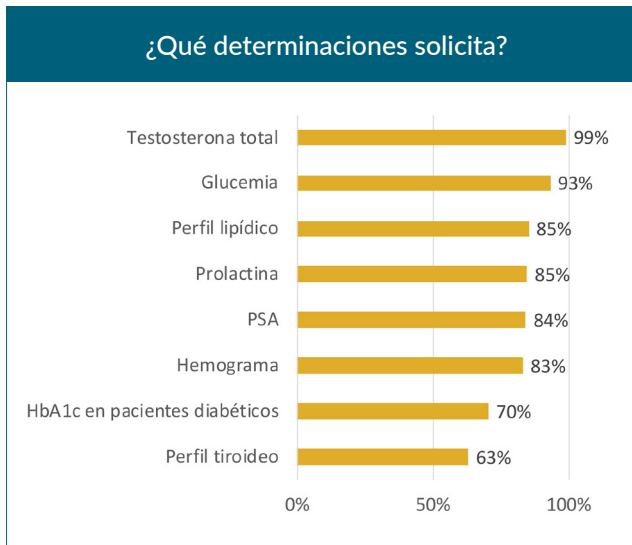


Figura 18. Porcentaje de participantes en función de las determinaciones que solicitaba de los pacientes que consultaban por DE. Multirrespuesta. N = 189.

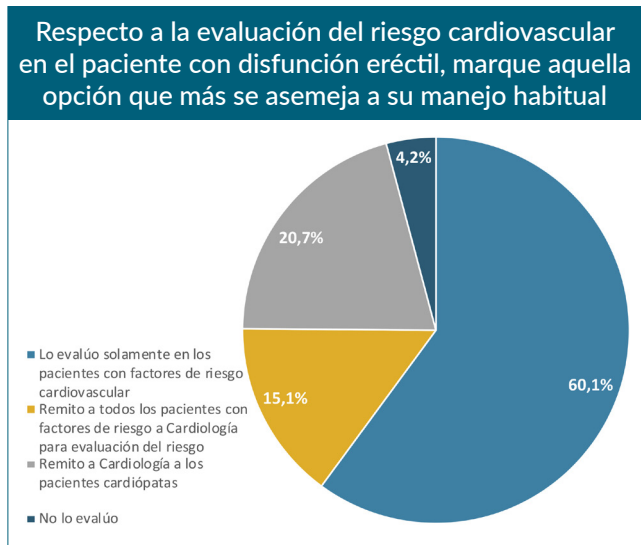


Figura 19. Porcentaje de participantes en función de su práctica habitual respecto al riesgo cardiovascular en pacientes que consultaban por DE. N = 193.

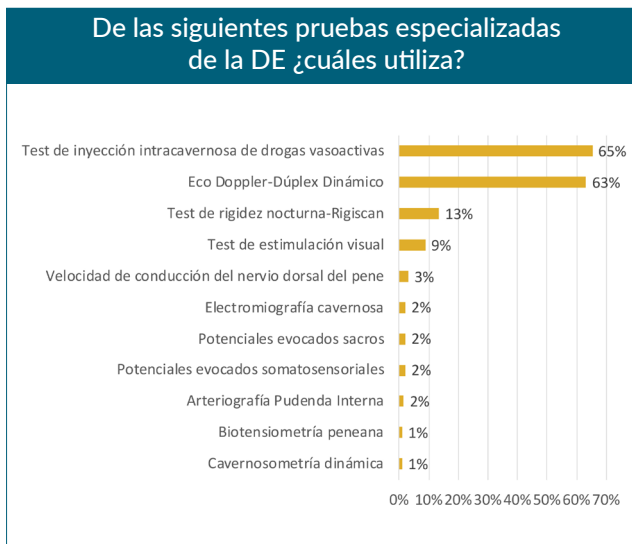


Figura 20. Porcentaje de participantes en función de las pruebas especializadas de la DE que utilizaban. Multirrespuesta. N = 193.

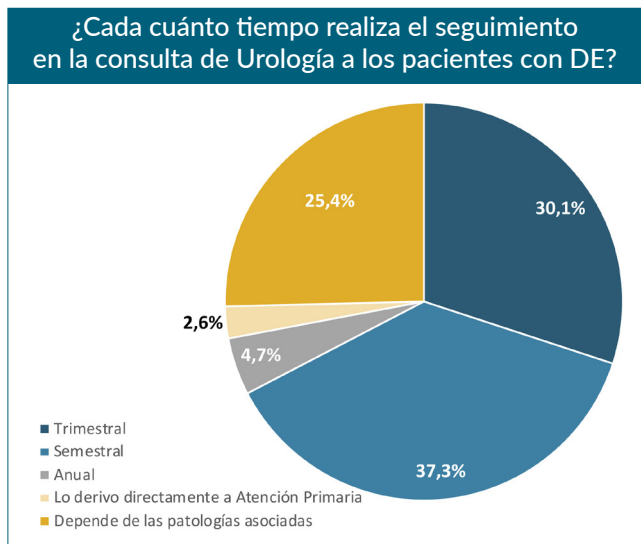


Figura 21. Porcentaje de participantes en función del periodo de seguimiento en la consulta de Urología a los pacientes con DE. N = 193.

4.4. Manejo terapéutico de la disfunción eréctil

El 63 % de los participantes pautaban tratamiento desde la primera consulta (**figura 22**). La mitad afirmaba explicar siempre las opciones terapéuticas y la otra mitad refería hacerlo según el paciente (**figura 23**).

El 41 % de los encuestados afirmaba iniciar tratamiento y seguir a pacientes con déficits hormonales (**figura 24**). La mitad recomendaba ir al psicólogo sexólogo en caso de encontrar origen psicógeno, pero no concretaban a cuál (**figura 25**).



Figura 22. Porcentaje de participantes en función de su práctica habitual respecto al tratamiento sintomático de la DE. N = 193.

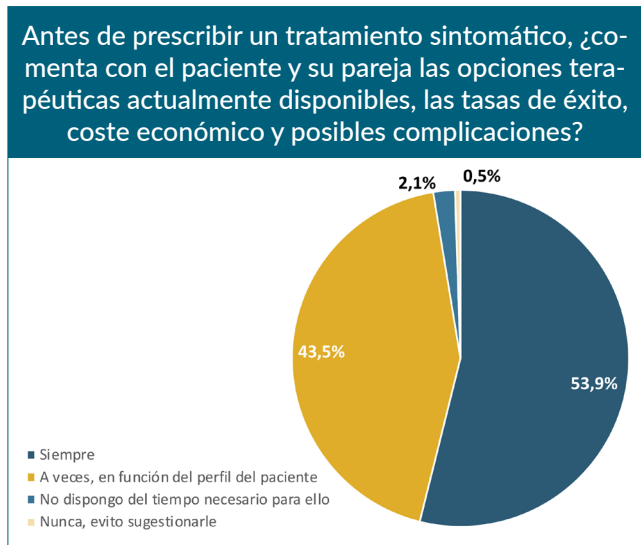


Figura 23. Porcentaje de participantes en función de su práctica habitual en la implicación del paciente y su pareja en el tratamiento sintomático de la DE. N = 193.

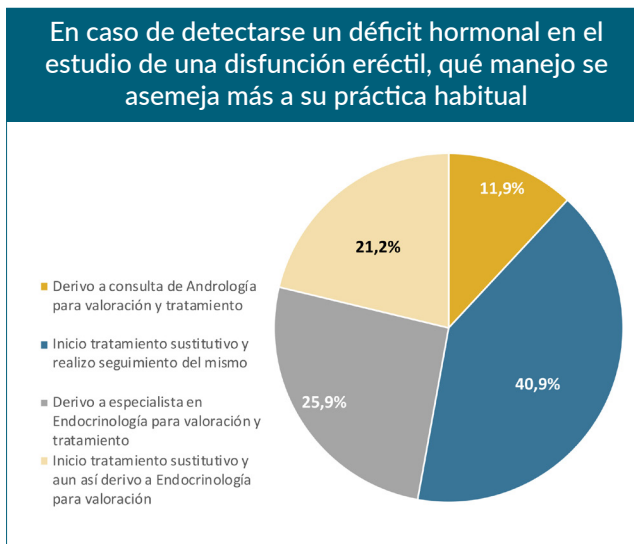


Figura 24. Porcentaje de participantes en función de su manejo de un déficit hormonal en un paciente con DE. N = 193.

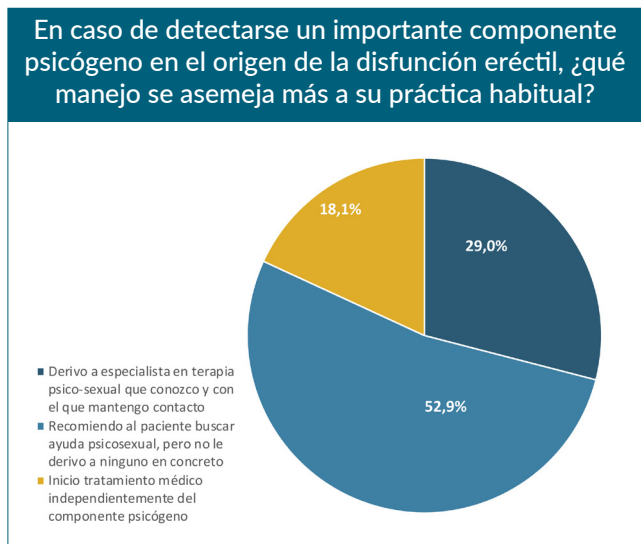


Figura 25. Porcentaje de participantes en función de su manejo de un importante componente psicógeno como origen de la DE. N = 193.

Como opciones de tratamiento en la práctica habitual, el 92 % indicó utilizar tadalafilo y sildenafilo, el 83 % alprostadilo intrauretral, el 78 % vardenafilo y alprostadilo intracavernoso, el 68 % utiliza avanafilo, el 54 % alprostadilo tópico, menos de la mitad utiliza prótesis de pene y sólo un 29 % bombas de vacío (**figura 26**).

Un 40 % de los encuestados refería utilizar como primera opción de tratamiento médico cualquier IPDE-5, un 26 % utilizaba tadalafilo y un 16 % sildenafilo (**figura 27**). La mayoría iniciaba el IPDE-5 a dosis máxima o media y lo modificaba según efectos (**figura 28**).

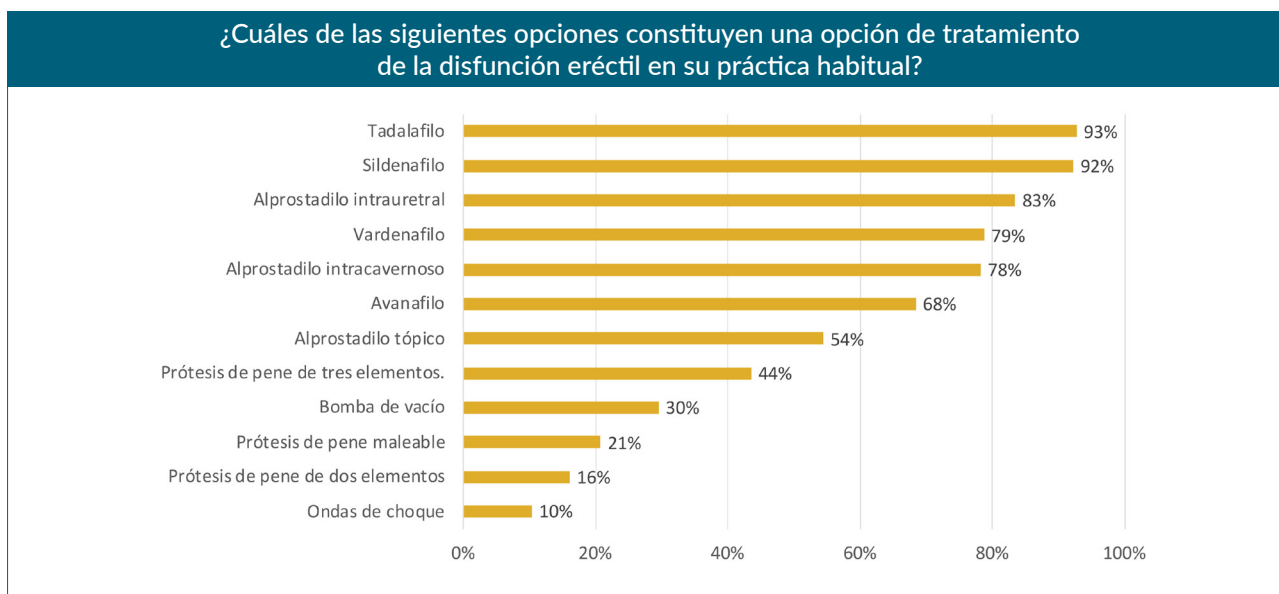


Figura 26. Porcentaje de participantes en función de las opciones de tratamiento de la DE que incluía en su práctica habitual. Multirrespuesta. N = 193.

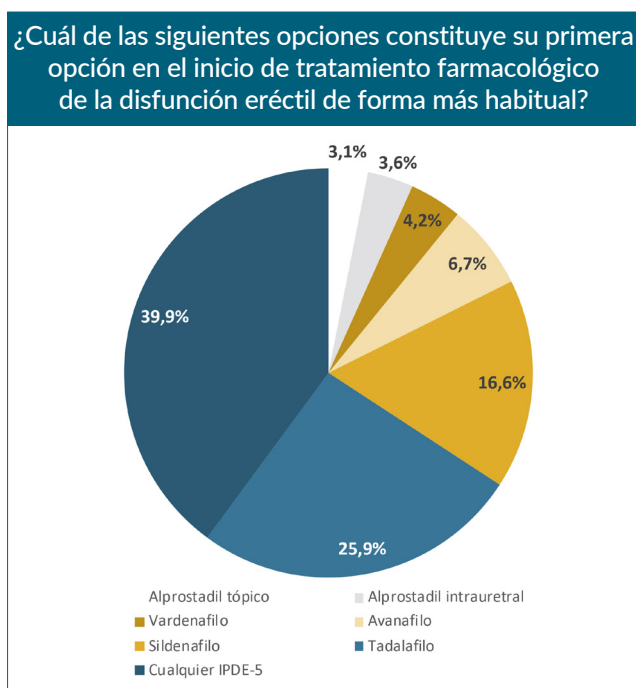


Figura 27. Porcentaje de participantes en función de la primera opción de inicio de tratamiento farmacológico de la DE. N = 193.

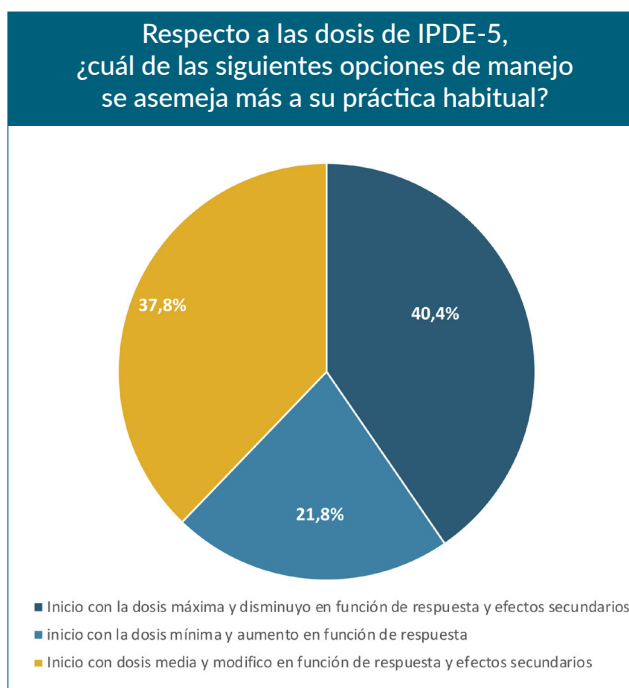


Figura 28. Porcentaje de participantes en función de las dosis de IPDE-5 en el tratamiento de la DE. N = 192.

Cuestionados los participantes sobre el grado de seguridad de diferentes fármacos, en una escala de 1 a 5, siendo el más seguro el de puntuación 5, respondieron que la opción más segura sería el alprostadilo seguido del avanafilo (figura 29). Los aspectos considerados más importantes por los investigadores a la hora de seleccionar uno u otro fármaco fueron la seguridad, la tolerancia y la eficacia (figura 30).

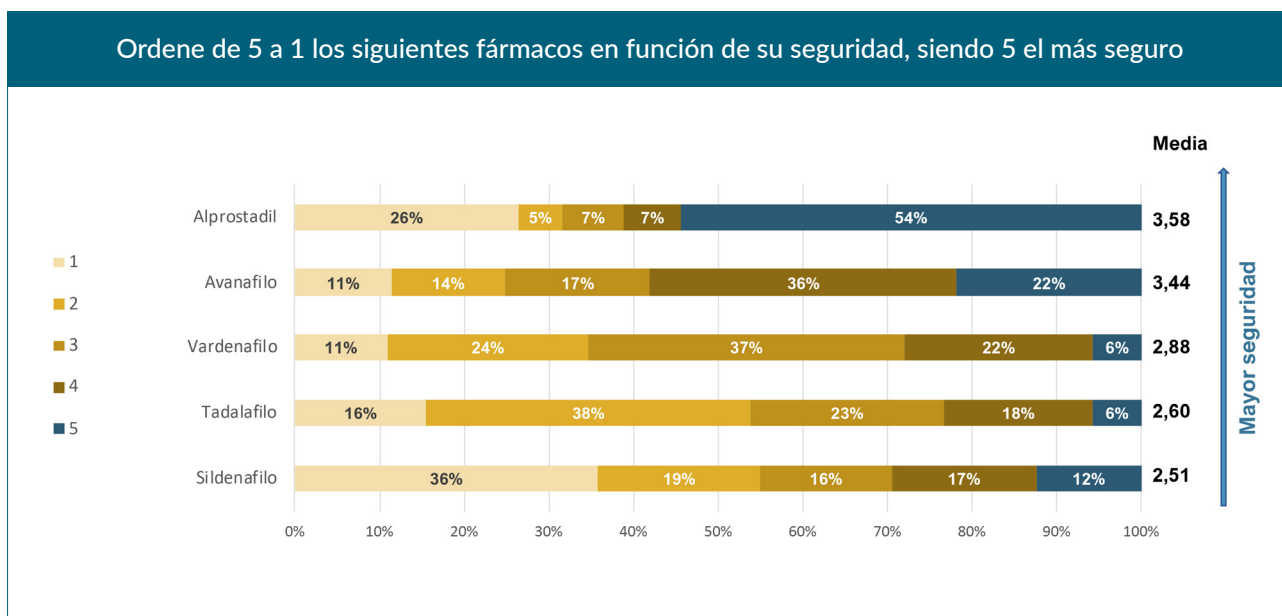


Figura 29. Porcentaje de participantes en función de la puntuación que otorgaron a los fármacos listados en función de su seguridad, en una escala de 5 a 1 siendo 5 el más seguro. N = 193.

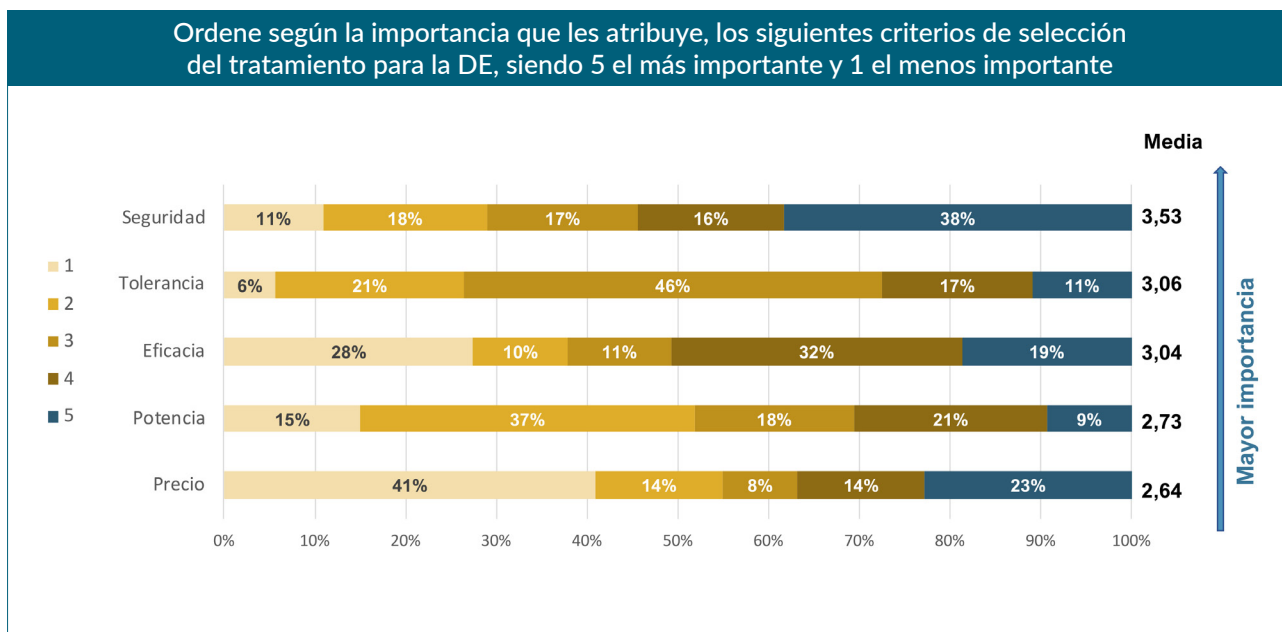


Figura 30. Porcentaje de participantes en función de la importancia que otorgaron a los criterios de selección del tratamiento para la DE, en una escala de 5 a 1 siendo 5 el más importante. N = 193.

Ante la no respuesta a un fármaco oral el 42 % lo asociaba con alprostadilo y un 30 % probaba antes con otro fármaco oral y si no respondía asociaba el alprostadilo (**figura 31**). El fármaco que con más frecuencia se asociaba a alprostadilo era el tadalafil (**figura 32**). El 74 % de los encuestados afirmó que la combinación era una opción para los no respondedores y para casi la mitad de los encuestados conseguía disminuir la dosis de inhibidor y con ello los efectos secundarios (**figura 33**).

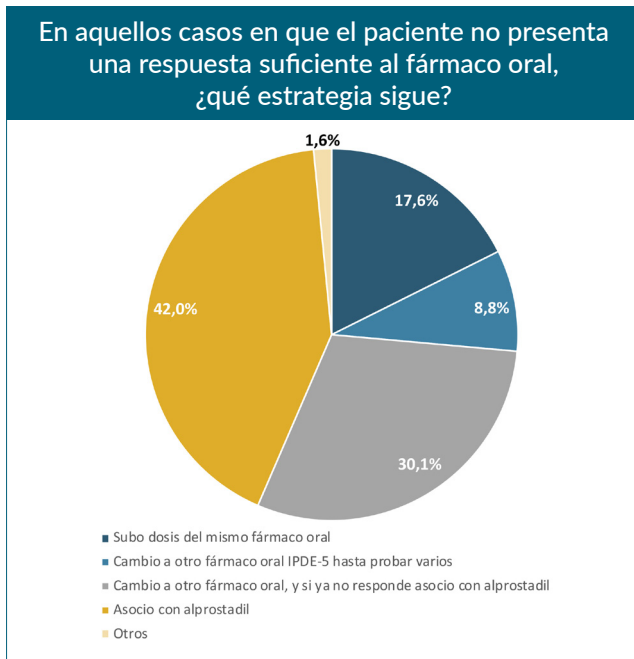


Figura 31. Porcentaje de participantes en función de la estrategia que seguían cuando el paciente no presenta una respuesta suficiente al fármaco oral. N = 193.

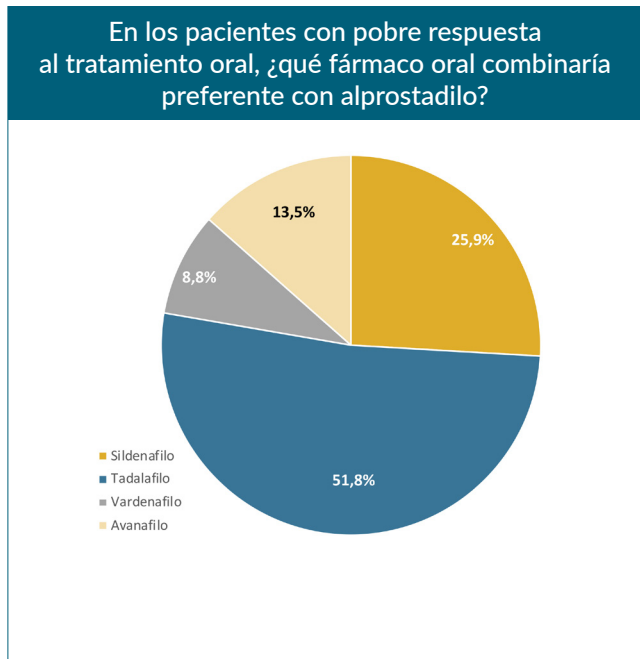


Figura 32. Porcentaje de participantes en función del fármaco oral que combinaría preferentemente con alprostadilo cuando el paciente no presenta una respuesta suficiente al fármaco oral. N = 193.

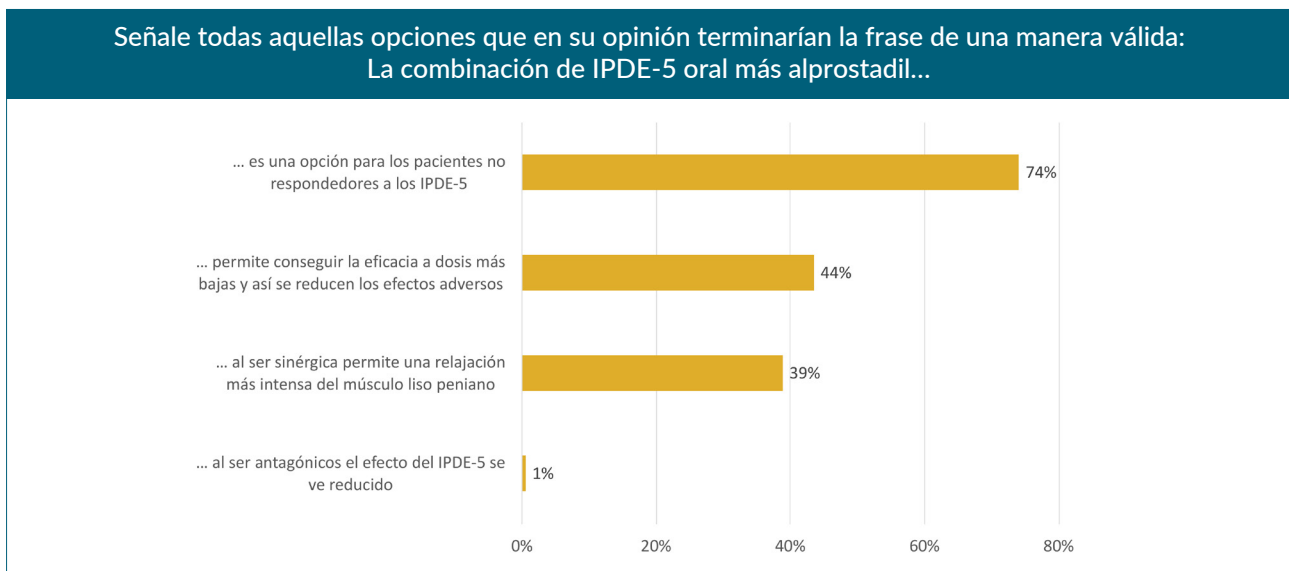


Figura 33. Porcentaje de participantes en función de las opciones de combinación de IPDE- 5 oral más alprostadilo que señalaron. Multirresponsta. N = 193.

Respecto al manejo en aquellos casos en los que se prescribía alprostadilo, cerca del 85 % de los participantes en el estudio, indicó que iniciaba con administración intrauretral o tópica por tener menos efectos secundarios (figura 34).

En caso de prescribir alprostadilo, ¿cuál de las opciones se asemeja más a su práctica habitual?

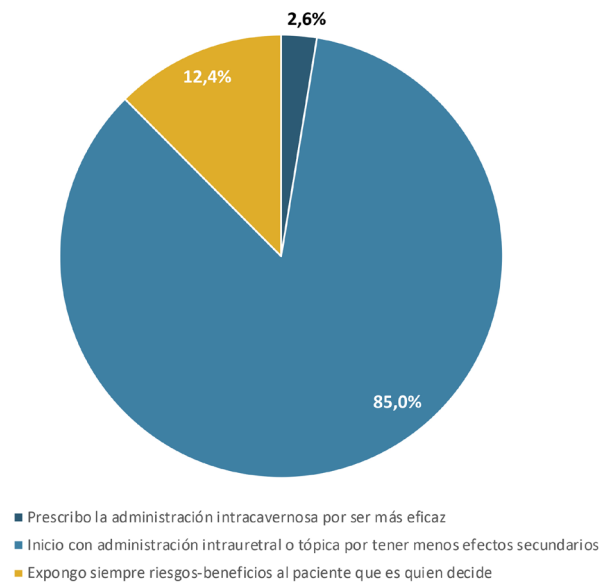


Figura 34. Porcentaje de participantes en función de cómo prescribían alprostadilo en su práctica habitual. N = 193.

¿A qué perfil de paciente suele tratar con dispositivos de vacío y anillos constrictores?

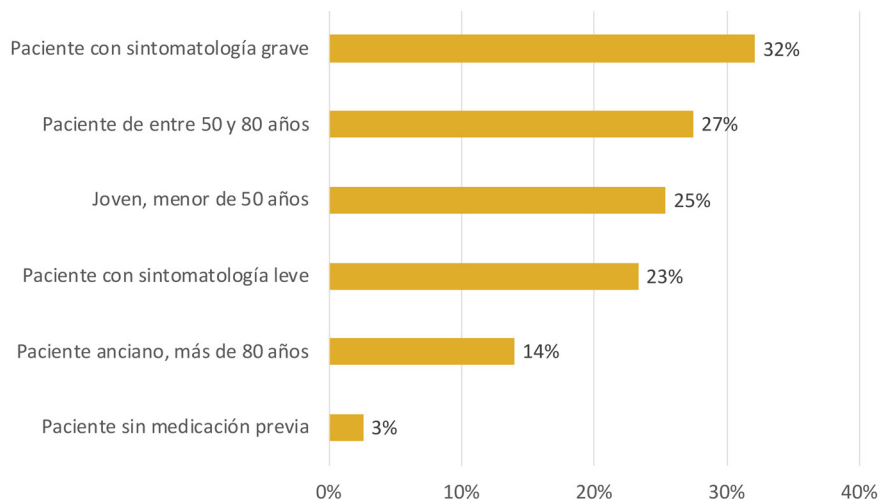


Figura 35. Porcentaje de participantes en función del perfil de paciente que trataba con dispositivos de vacío y anillos constrictores. N = 193.

El 32 % de los participantes en el estudio manifestó que el perfil de pacientes que solía tratar con dispositivos de vacío y anillos constrictores era un paciente con sintomatología grave (figura 35).

¿Qué barreras percibe para lograr un correcto manejo de la DE?

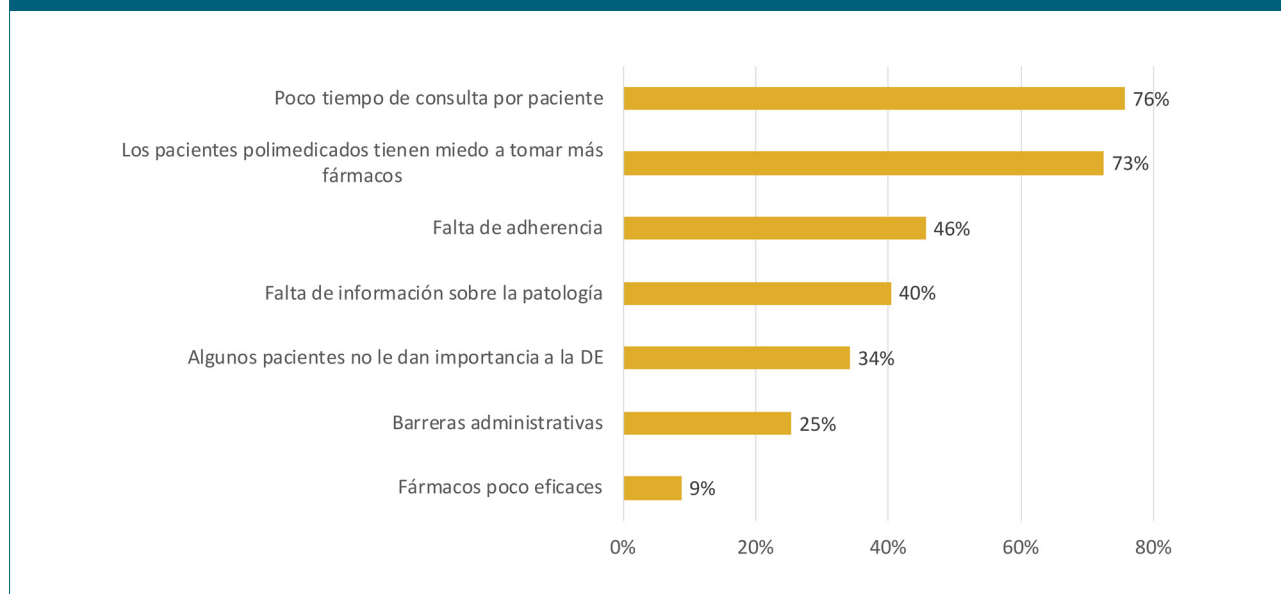


Figura 36. Porcentaje de participantes en función de las barreras que percibía para lograr un correcto manejo de la DE. N = 192.

Las principales barreras reflejadas por los encuestados en el manejo de la DE fueron el poco tiempo de consulta por paciente y el miedo de los pacientes polimedicados a tomar más fármacos (**figura 36**).

5. DISCUSIÓN

La DE constituye en la actualidad un importante problema de salud que debe ser abordado de una manera eficiente por el urólogo sin requerir, al menos en el manejo inicial, de la participación del andrólogo.

Considerado un síntoma, tiene un impacto relevante en la calidad de vida tanto del varón que lo presenta como de su pareja. Su reconocida asociación con otros factores de riesgo cardiovascular le convierte en un signo precoz que debe alertar al médico, que realizará, con un óptimo manejo, un cambio en el estilo de vida del paciente.

De etiología diversa y habitualmente multifactorial, lo más habitual es encontrar un origen mixto: psicógeno y orgánico. Entre las causas orgánicas casi la mitad se deben a patologías vasculares como enfermedades cardiovasculares, diabetes, dislipemia, tabaquismo o cirugía pélvica mayor o radioterapia. La Diabetes Mellitus supone por sí sola un 25 % de los casos, alterando tanto el mecanismo vascular como el neurológico de la erección. Multitud de fármacos y drogas se han visto relacionadas con la aparición de disfunción eréctil. Los principales trastornos hormonales relacionados son el hipogonadismo, la hiperprolactinemia, alteraciones tiroideas y corticoideas. Otra causa habitual de DE son los problemas neurológicos, tanto a nivel central (accidentes cerebrovasculares, enfermedades degenerativas o traumatismos) como periférico (polineuropatías, insuficiencia renal crónica, diabetes o cirugía pelviana).

El objetivo del estudio MEJORÉ ha consistió en evaluar el manejo práctico de esta patología en las consultas de urología con los datos procedentes de los médicos que tratan esta entidad. Participaron 193 urólogos del territorio nacional. El 72 % de los participantes eran hombres siendo la edad media de 41 años. Con un tiempo medio de ejercicio en la urología de 14 años. Un 70 % refirió desempeñar alguna subespecialidad dentro de la urología. De entre estos el 51 % (36 % del total), indicó que desempeñaba funciones de Uro-oncología, el 27 %

(19 % del total) de Andrología y el 13 % (9 % del total) de Uro-litiasis. Así, solo un 20 % de los encuestados se dedican a la andrología.

Entendiendo que el manejo por parte de un especialista en andrología y de un urólogo sin esta subespecialidad puede ser diferente; este dato no se ha tenido en cuenta ni en la selección de la muestra ni en el análisis de los datos. Puede constituir por tanto un sesgo de este estudio.

Los datos obtenidos de los 193 encuestados proceden en su mayoría de atención pública (94,30 %, 182/193) y un mínimo porcentaje se dedica en exclusiva a la actividad privada.

En relación al estudio se analizaron datos de epidemiología y factores de riesgo de DE, de manejo diagnóstico y de manejo terapéutico.

Un 52 % de los participantes refieren ver entre 10 y 20 pacientes con DE a la semana. Un 20 % ven un número mayor, probablemente aquellos dedicados a la andrología. Sin poder establecer datos de prevalencia con esta información, sí que sirve para ayudar a orientar la patología entre las habituales de la práctica urológica habitual.

En cuanto a las preguntas acerca de la etiología de la DE, se ha cuestionado a los participantes sobre la proporción de pacientes que, según su experiencia, presentan DE tras la prostatectomía radical, tras la radioterapia de próstata o en caso de tener insuficiencia renal. Al ser cuestionados los participantes por la proporción de pacientes que tras ser sometidos a una prostatectomía radical presentan DE, la gran mayoría describió que más de un 60 % la presentan. De la misma forma, sólo el 43 % refiere que más del 60 % de los pacientes tratados con radioterapia para el cáncer de próstata tienen DE. Esta diferencia está en concordancia con los datos publicados sobre el efecto de los diferentes tratamientos del cáncer de próstata localizado, como se pone de manifiesto en el estudio PROMS⁹. En este estudio se comparan diferentes aspectos de pacientes con carcinoma de próstata localizado. Un grupo de ellos es sometido a prostatectomía radical, otro a radioterapia y un tercer grupo es incluido en un programa de vigilancia activa. Respecto a la función eréctil, está conservada basalmente en el 67 % de los sujetos. A los 6 meses de tratamiento aparecen problemas de erección en el 48 % del grupo de vigilancia activa, 78 % en el de radioterapia y 88 % en el de prostatectomía radical.

En la actualidad un número importante de pacientes con cáncer de próstata, fundamentalmente aquellos tratados con cirugía, pero también los que reciben radioterapia, presentan alteraciones en la función eréctil y constituyen una de las causas etiológicas más habituales vistas en las consultas.

De esta misma forma, cuando los participantes son preguntados a cerca de los factores de riesgo de DE, apuntan como principal factor de riesgo la realización de una prostatectomía radical, seguido de la existencia de una diabetes mellitus, los fármacos de acción hormonal y la edad.

La edad, efectivamente supone un factor de riesgo conocido y cuando se pregunta a los participantes en qué rango es más frecuente la patología, la mayoría puntúa más las edades más avanzadas. Este punto nos sirve de apoyo para comentar que aun siendo históricamente la DE una condición asociada a la edad, hay cada vez más evidencia de que su prevalencia en varones jóvenes, menores de 40 años, es importante. Se pensaba, además que en gente joven el origen era predominantemente psicógeno, pero están reconocidos actualmente factores de origen orgánico, vascular y factores de riesgo como la obesidad o el sedentarismo, como una de las principales causas de DE también en rangos de edad más temprana¹⁰.

El manejo diagnóstico conlleva por una parte la búsqueda de la causa más probable y por otro lado una evaluación del estado cardiovascular del paciente. El manejo inicial incluye la realización de una historia clínica con especial

atención a la historia sexual, evaluación del estado psicológico y existencia de síntomas de hipogonadismo o del tracto urinario inferior. Más del 80 % de los encuestados refiere realizar este manejo diagnóstico.

Un 44 % de los participantes expuso que utilizaba un cuestionario validado de síntomas en la evaluación de pacientes con DE, siendo el utilizado por el 94 % de ellos el IIEF y sólo el 14 % su versión reducida, el IIEF-5.

Respecto a la exploración física, la gran mayoría, un 94 % realizaba una exploración dirigida a los genitales externos incluido el tacto rectal, pero era un porcentaje mucho menor el que exploraba otras regiones, para identificar cualquier anomalía física, evaluar las condiciones comórbidas y revelar factores de riesgo importantes para la DE. Así, las principales guías de práctica clínica recomiendan realizar una exploración dirigida al sistema endocrino descartando ginecomastia y bocio. Esta exploración sólo exponían realizarla un 40 y un 5 % respectivamente de los encuestados. La exploración neurológica, mediante la valoración de la sensibilidad del área genital y la exploración de los reflejos refería realizarla menos de la mitad de los encuestados. Muy probablemente, el principal motivo sea lo expresado en una de las cuestiones de la encuesta, la falta de tiempo por paciente disponible para la evaluación de esta entidad.

Las recomendaciones actuales incluyen la solicitud de una analítica con perfil glucémico y testosterona en los pacientes con DE. Un 74 % de los encuestados refería solicitar este estudio complementario. Sólo en aquellos pacientes que tengan una determinación de estos valores en los 12 meses previos, no sería necesaria la realización de la analítica.

El manejo diagnóstico del paciente con DE incluye la evaluación del estado cardiovascular del mismo. En la actualidad está más que establecida la relación entre DE y enfermedad cardiovascular. La Conferencia de Consenso de Princeton identifica a la DE como un marcador de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular¹¹.

Así, la DE, fundamentalmente la vascular, supone un signo de alarma y una oportunidad de cambio de factores de riesgo para, no sólo mejorar la disfunción sino evitar eventos cardiovasculares futuros. Entre los encuestados, un 60 % evaluaba el estado cardiovascular de los pacientes con DE que tenía factores de riesgo.

Con la evaluación inicial se recomienda comenzar un tratamiento sin necesidad de estudios más avanzados. Así lo reflejan el 74 % de los encuestados. De necesitar pruebas especializadas las más utilizadas eran la ecografía pe-neana con test de inyección intracavernosa, que explora la función vascular. El test de rigidez nocturna, que utilizaba un 13 % de los encuestados tiene como principal indicación el diferenciar una DE orgánica de una psicógena. Su principal limitación es la necesidad de realizar 2 registros y la multitud de factores exógenos que pueden alterar el resultado. Otros estudios mucho más específicos, como estudios radiológicos intervencionistas, arteriografía y cavernosografía o estudios neurológicos, apenas son utilizados en la actualidad como refleja la encuesta realizada.

Un punto interesante a destacar es el referente a la impresión de los encuestados respecto a la participación del médico de atención primaria (MAP) en la valoración del paciente con DE. La mitad de los encuestados responde que dependía de cada médico y la otra mitad que el médico de atención primaria no le prestaba suficiente atención a este tipo de paciente y le derivaba de forma inmediata. A pesar de existir documentos de consenso entre sociedades de ambas especialidades, el resultado de esta encuesta pone de manifiesto una falta de implicación desde atención primaria en el manejo de estos pacientes y por tanto un punto de mejora. El origen multifactorial de la disfunción en muchos casos, la gran cantidad de tratamientos farmacológicos que producen o empeoran la disfunción y la ya comentada asociación con factores de riesgo cardiovascular, junto con la importancia de la corrección de estos no sólo para mejorar el síntomas sino para prevenir eventos cardiovasculares futuros, constituyen motivos para incluir al MAP en la atención y manejo de estos pacientes¹².

Las recomendaciones más actuales sobre el manejo terapéutico destacan la necesidad de explicar al paciente los factores tanto psicológicos como fisiológicos que intervienen en la respuesta sexual individual, exponer las expectativas y necesidades, así como las opciones de tratamiento disponibles¹³.

El algoritmo de tratamiento clásico de tratamiento por escalones se ha modificado recientemente. El motivo es conseguir una mayor individualización que tenga en cuenta la invasibilidad, tolerabilidad, efectividad y expectativas del paciente.

El tratamiento etiológico, en aquellos casos en los que es posible es esencial. A este respecto se cuestionó a los encuestados cómo manejaban al paciente con déficit hormonal. El mayor porcentaje, un 41 % inicia tratamiento sustitutivo y realizaba seguimiento. Un 25 % derivaba al endocrinólogo y un 12 % derivaba a andrología. Respecto a la existencia de un componente psicógeno claro, la mitad de los encuestados, un 53 % recomendaba valoración psicológica pero no derivaba a ningún psicoterapeuta en concreto. Un 29 % derivaba a un especialista en terapia psico-sexual conocido.

Nuevamente el origen multifactorial de esta patología sugiere una atención multidisciplinar. Para un manejo lo más adecuado posible es recomendable un equipo que incluya diferentes especialidades como endocrinólogos, psico-terapeutas, cardiólogos... De esta forma, aunque el urólogo-andrólogo maneje determinados tratamientos, pueda contar con el apoyo de especialistas para abordar cada caso concreto de forma más eficiente. Según las respuestas de los encuestados esta no parece ser la situación más habitual y supone por tanto otro punto de mejora.

Respecto al tratamiento sintomático, preguntados los participantes de la encuesta por las opciones de tratamiento que tienen disponibles, la mayoría respondió que utilizaba tadalafilo o sildenafil. Destaca que un 10 % refiere utilizar ondas de choque en su práctica habitual. Este novedoso tratamiento, aunque ya propuesto como una alternativa, sobre todo en los casos de DE vascular, en la última actualización de la guía europea de práctica clínica, no se utiliza de una forma habitual como ha quedado reflejado en la encuesta. A falta de estudios prospectivos más a largo plazo y que se establezcan protocolos de actuación, de momento parece una alternativa poco utilizada¹⁴.

Sin estudios que puedan demostrar mayor beneficio de un fármaco oral frente al resto, la decisión de utilizar uno u otro depende de las prioridades del paciente respecto a tolerabilidad, duración del efecto, rapidez de acción... A este respecto un 54% de los encuestados respondían que comentaban siempre con el paciente las opciones terapéuticas, las tasas de éxito, coste y posibles complicaciones y el 44% lo hacía dependiendo del perfil del paciente. Como tratamiento de primera opción la mayoría (un 40 %) refería utilizar cualquier IPDE-5, un 26 % utilizaba tadalafilo y un 16 % sildenafil. Estos datos vistos en la práctica clínica en nuestro entorno parecen ser acordes a lo publicado. Gong en 2017 realiza un metaanálisis de 16 ensayos comparativos entre sildenafil y tadalafilo y muestra unas tasas de eficacia y de efectos secundarios similares entre ambos inhibidores, pero una predilección por parte de los pacientes y de sus parejas por el tadalafilo, que les aporta más beneficios psicológicos en forma de confianza¹⁵. Mucho menos frecuente es el uso como primera opción de otros IPDE-5 como el vardenafilo y el avanafilo, un 7 % y un 4 % respectivamente. El alprostadilo intrauretral o tópico sólo refiere utilizarlo como primera opción de tratamiento el 4 y el 3 % de los encuestados respectivamente. En el metaanálisis publicado por Chen donde se comparan estudios de eficacia y de seguridad de todos los IPDE-5, el sildenafil se muestra como el más eficaz y el tadalafilo el que aporta menos efectos secundarios. Vardenafilo y avanafilo parecen compartir efectos adversos con sildenafil pero con menor eficacia¹⁶.

En el aspecto de la dosis de IPDE-5 a utilizar, un número similar de encuestados (40 %) respondió que comenzaba con la dosis plena y baja según eficacia y efectos secundarios y un 37 % iniciaba con dosis media y modifica posteriormente según resultados. No hay referencias en las guías de práctica clínica sobre cuál debe ser la pauta a seguir respecto a la dosis inicial. El principal argumento para iniciar la dosis plena es el de obtener un beneficio en cuanto a eficacia y confianza del paciente en el fármaco aumentando así la adherencia e intentando compensar el efecto inhibitorio sobre el estímulo sexual que supone la expectativa del paciente ante la toma del fármaco. La dosis media es la que utilizan la mayoría de los estudios publicados.

Cuestionados los participantes por la seguridad del alprostadilo y de los cuatro IPDE-5 disponibles, el que calificaban como más seguro era el alprostadilo, que se administra de forma local y evita por tanto los efectos sistémicos.

En cuanto a los criterios de selección de un fármaco u otro, se preguntó a los participantes cuál consideraba más importante entre precio, potencia, tolerancia, seguridad y eficacia. Según los investigadores era la seguridad el aspecto más importante a la hora de elegir un tratamiento u otro seguido de la tolerancia y la eficacia.

En aquellos casos en los que el fármaco oral no proporcionaba una respuesta suficiente, la estrategia, para el 40 % de los participantes en la encuesta era asociar con alprostadilo. Un 30 % refería cambiar primero a otro IPDE-5 y si no respondía asociar entonces el alprostadilo. Sin mucha evidencia, sí que se ha publicado, que algunos pacientes responden mejor a un fármaco oral que otro; de ahí el intento cuando no funciona uno, y tras comprobar siempre correcta administración por parte del paciente, de cambiar a otro¹⁷.

Respecto a la terapia de combinación, publicaciones recientes muestran beneficios en el uso de alprostadilo junto con IPDE-5 en aquellos pacientes en los que la monoterapia ha fracasado. Basándose en su diferente mecanismo de acción y sin demostrarse mayores efectos secundarios que el uso individual de cada fármaco^{18,19}.

La mitad de los encuestados refería asociar al alprostadilo el tadalafilo y una cuarta parte utilizaba en la terapia de combinación el sildenafil.

Cuestionados los participantes por la forma de administración del alprostadilo, el 85 % refería que comenzaba con administración tópica o intrauretral por tener menos efectos secundarios.

Otra alternativa en los pacientes no respondedores son los sistemas de vacío que un 32 % de los encuestados proponía para pacientes con sintomatología grave. Están recomendados actualmente para pacientes mayores, con baja frecuencia de relaciones sexuales y comorbilidades que aconsejan evitar tratamientos invasivos²⁰.

6. CONCLUSIONES

- La DE se maneja en las consultas de Urología, tanto por urólogos subespecializados en andrología como por urólogos sin esta subespecialización.
- El manejo en general sigue las principales recomendaciones dadas por las guías de práctica clínica.
- Se han detectado varios puntos de mejora en el manejo de estos pacientes:
 - Aumentar la implicación de la Atención Primaria.
 - Mejorar la relación con otras especialidades implicadas en el manejo multidisciplinar de la patología.
- La nueva tendencia en el manejo terapéutico implica una mayor individualización. Promueve una implicación del paciente y de su pareja en la toma de decisiones lo cual exige la disponibilidad de tiempo en consulta. Se ha puesto de manifiesto la falta de este recurso en la atención habitual.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Montarros L, Moreno Sierra J, et al. Aspectos generales de la disfunción eréctil: concepto, clasificación y causas. Clin. Urol. Compl. 2004;10:61-73.
2. McCabe M, Sharlip I, Atalla E, et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. J Sex Med. 2016;166:569-75.
3. Martín Morales A, Sánchez Cruz J, et al. Análisis epidemiológico de la disfunción eréctil en España. Estudio EDEM. Clin. Urol. Compl. 2004;10:45-60.
4. Miner M, Parish S, Billups K, et al. Erectyl dysfunction and subclinical cardiovascular disease. Sex Med Rev 2018;1:9.
5. Prieto Castro R, Campos Hernández P, Robles Casilda R, et al. Epidemiología de la disfunción eréctil. Factores de riesgo. 2010;63(8):637-9.

6. Egholt Munk M, Shöllhammer Kmudsen J, Comerma-Steffensen S, et al. Systematic Review of Oral Combination Therapy for Erectile Dysfunction When Phosphodiesterase Type 5 Inhibitor Monotherapy Fails. *Sex Med Rev.* 2018; 1-12.
7. Moncada I, Martínez-Salamanca J, Ruiz-Castañe E, et al. Combination therapy for erectile dysfunction involving a PDE5 inhibitor and alprostadil. 2018.
8. Puigvert Martínez A, Pomerol Montseny J, Martín Morales A. Documento de consenso sobre disfunción eréctil Madrid: Grupo 2 Comunicación Médica, S.L. 2013.
9. Donovan JL, et al. Patient-Reported Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Prostate Cancer. *N Engl J Med.* 2016;375:1425.
10. Nguyen HM. Erectyl dysfunction in young men-A review of the prevalence and risk factors. *Sex Med Rev.* 2017;5:508-20.
11. Nehra A, Lackson G, Miner M, et al. The Princeton III consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc.* 2012;87:766-78.
12. Documento de consenso sobre disfunción eréctil SEMERGEN. 2003;29(5):255-63.
13. Montorsi F, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med.* 2010;7:3572.
14. Sokolakis I, et al. Clinical studies on low intensity extracorporeal shockwave therapy for erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Impot Res.* 2019;31:177.
15. Gong B, et al. Direct comparison of tadalafil with sildenafil for the treatment of erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Int Urol Nephrol.* 2017 Oct;49(10):1731-40.
16. Chen L, et al. Phosphodiesterase 5 inhibitors for the treatment of erectile dysfunction: a trade-off network meta-analysis. *Eur Urol.* 2015 Oct;68(4):674-80.
17. Eardley I, et al. Factors associated with preference for sildenafil citrate and tadalafil for treating erectile dysfunction in men naïve to phosphodiesterase 5 inhibitor therapy: post hoc analysis of data from a multicentre, randomized, open-label, crossover study. *BJU Int.* 2007 Jul;100(1):122-9.
18. Moncada I, Martínez-Salamanca J, Ruiz-Castañe E, et al. Combination therapy for erectile dysfunction involving a PDE5 inhibitor and alprostadil. *Int J Impot Res.* 2018 Oct;30(5):203-208.
19. Garrido-Abad P, Senra-Bravo I, Manfredi C, et al. Terapia de combinación con inhibidores tópicos de alprostadil y fosfodiesterasa-5 después del fracaso de la terapia oral en pacientes con disfunción eréctil: un estudio prospectivo, de dos brazos, abierto, no aleatorizado. *Int J Impot es.* 2021.
20. Pajovic B, et al. Vacuum erection device in treatment of organic erectile dysfunction and penile vascular differences between patients with DM type I and DM type II. *Aging Male.* 2017;20:49.

Secretaría Técnica
mejore@gruposaned.com

saned.
GRUPO