

Proyecto
FACSIMIL

MONOGRAFÍA
DE RESULTADOS



© Saned 2023

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

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

Tel.: 93 320 93 30

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y RESUMEN | 5 |
| 1.1. Introducción | 5 |
| 1.2. Justificación | 5 |
| 1.3. Objetivos | 5 |
| 2. MATERIAL Y MÉTODOS | 6 |
| 3. GESTIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 6 |
| 3.1. Características de la muestra | 6 |
| 4. RESULTADOS | 8 |
| 4.1. Presión asistencial | 8 |
| 4.2. Factores relacionados con el diagnóstico y tratamiento | 10 |
| 4.3. Factores relacionados con la patología | 11 |
| 4.4. Factores relacionados con el paciente | 12 |
| 4.5. Factores relacionados con el entorno social | 13 |
| 4.6. Principales barreras para el correcto manejo de la disfunción eréctil | 14 |
| 5. DISCUSIÓN | 14 |
| 6. CONCLUSIONES | 16 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA | 16 |

TÍTULO

FACtoreS Implicados en la calidad de vida del paciente con disfunción eréctil
Proyecto FACSIMIL

PROMOTOR

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

COORDINADOR

Dr. Borja García Gómez
Servicio de Urología
Hospital 12 de Octubre
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 RESUMEN

1.1. Introducción

La conferencia de consenso sobre la impotencia del NIH (National Institute of Health), definió en 1993 la disfunción eréctil (DE) como “la incapacidad permanente para iniciar o mantener una erección suficiente como para permitir una relación sexual satisfactoria”¹. Su prevalencia, en función de la definición utilizada y del diseño del estudio, puede variar entre el 10 y el 52%². Puede aparecer de forma ocasional o regularmente y su origen puede o no tener una causa clara. A pesar de las repercusiones negativas que esta tiene, no solo sobre el paciente, sino también sobre su pareja, a muchos pacientes les cuesta vencer el miedo y la vergüenza de consultar con su médico sus problemas de potencia sexual.

La DE, es un trastorno frecuente que afecta negativamente a la calidad de vida de aquellos varones que la padecen, impactando no solo en las relaciones de pareja del paciente, sino también en el entorno familiar, laboral y social. Esto puede dar lugar a trastornos psicológicos tan importantes como la depresión y al deterioro general de salud de las personas que la sufren. A pesar de todo ello sigue siendo una entidad infradiagnosticada y aún menos tratada³.

Existen varias causas de DE incluyendo los medicamentos que el paciente podría estar tomando para otros trastornos, la circulación sanguínea deficiente en el pene, daño de los nervios, problemas emocionales, tabaquismo o abuso de alcohol y problemas hormonales. La DE es un proceso multifactorial con importantes variaciones tanto en su grado como en la forma en que la vive cada paciente o pareja en función de sus expectativas sobre el rendimiento final del contacto sexual y sus propios recursos personales. Es importante un abordaje integral tanto de los aspectos psicosexuales como de los puramente orgánicos³.

En aquellos casos en que los fármacos de primera línea no funcionan existen alternativas: instrumentos de vacío, los implantes maleables, implantes hinchables, u otros fármacos que se administran de forma inyectable, intrauretral o tópica.

También se recomienda practicar ejercicio físico, especialmente la actividad aeróbica, así como asesoramiento psicológico. Cambiar el estilo de vida dejando de fumar, disminuyendo el sobrepeso o reduciendo el consumo de alcohol y otras drogas, también puede ayudar a mejorar la enfermedad. Cabe destacar la importancia de una evaluación básica del paciente con DE que incluya una historia clínica completa, un examen físico y una analítica para poder establecer un tratamiento ajustado en cada caso.

1.2. Justificación

La DE tiene una alta repercusión en la calidad de vida del paciente que la padece. Es importante incidir en aquellos aspectos modificables para mejorar la calidad de vida de los pacientes. En este proyecto se han analizado los factores que se relacionan con la calidad de vida del paciente que sufre DE para poder actuar sobre aquellos aspectos que podemos modificar estableciendo objetivos de mejora y a partir de ellos poder valorar su cumplimiento.

1.3. Objetivos

Objetivo principal

- ✓ Estudiar aquellos factores que se relacionan con la calidad de vida del paciente con DE según la opinión de los clínicos que le tratan.

Objetivos secundarios

- ✓ Estudiar cómo se podría mejorar la calidad de vida del paciente con DE.
- ✓ Analizar las barreras que impiden lograr el correcto manejo del paciente con 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 cual se estructuró en 7 bloques:

- Datos del investigador
- Presión asistencial
- Factores relacionados con el diagnóstico y tratamiento
- Factores relacionados con la patología
- Factores relacionados con el paciente
- Factores relacionados con el entorno social
- Principales barreras

El proyecto se alojó en un microsite en el que se encontraban todos los elementos del mismo (protocolo, cuestionario, ...).

Se entregó un díptico de presentación a especialistas en Urología incluyendo la URL del microsite y contraseña personalizada de acceso al microsite.

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 proyecto 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.

Este proyecto fue aprobado por el CEIM del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

3.1. Características de la muestra

Se contó con la colaboración de 356 urólogos de todo el territorio nacional (**figura 1**). El 71% fueron hombres, y el 29% mujeres. La edad media fue de aproximadamente 43 ($\pm 10,85$) años. La inmensa mayoría tenían nacionalidad española (94,66%), con una representación equitativa del resto entre otras nacionalidades europeas (2,25%), y distintas nacionalidades latinoamericanas (2,81%). Un participante indicó nacionalidad Angolana. Las 17 comunidades autónomas tuvieron representación en el proyecto (**figura 1**).

En media, los participantes del estudio tenían cerca de 13 ($\pm 10,36$) años de experiencia en su ejercicio profesional, excluyendo los años de residencia.

El 47% de los encuestados indicó que había participado en alguna actividad de formación sobre la DE en el último año. Entre estos, un 23% como formador, y un 87% como alumno.

El 93% de los participantes indicaron pertenecer a alguna sociedad científica, siendo todos ellos afiliados a la Asociación Española de Urología. Sin embargo, las asociaciones más enfocadas a la Andrología y Medicina Sexual resultaron minoritarias dentro de la muestra, siendo la Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Andrología (ASESA) la más frecuente, con representación de afiliados a la European Society for Sexual Medicine (ESSM), la International Society for Sexual Medicine (ISSM), la Sociedad Española de Fertilidad (SEF), y la Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS) (**figura 2**).

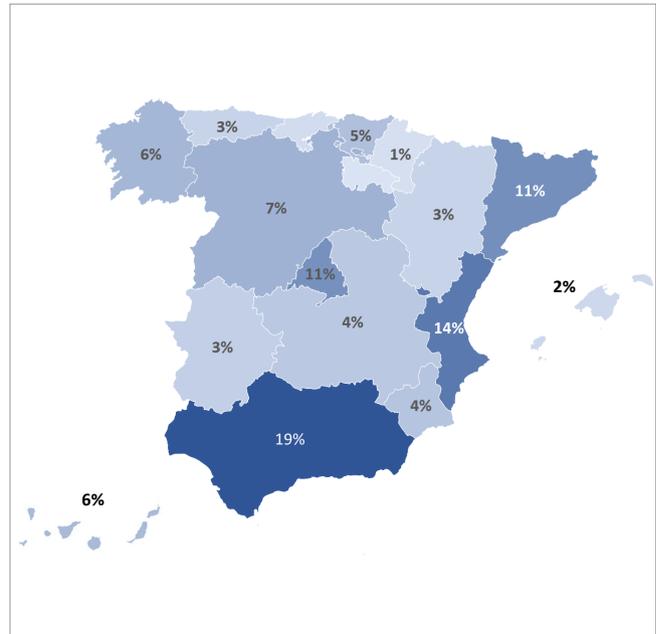


Figura 1. Porcentaje de participantes por comunidad autónoma. N = 356.

En cuanto a la subespecialización, algo más del 40% afirmaron dedicarse a la Andrología, porcentaje ligeramente inferior a aquellos que se dedicaban a la Oncología Urológica (47%) (**figura 3**). Un total de 86 participantes indicaron otras subespecialidades como: Urología funcional – Urodinámica, Litiasis, Endourología, Urología femenina, Cirugía reconstructiva, Trasplante renal, HBP, Laparoscopia y robótica, Neuro-urología e Incontinencia urinaria.

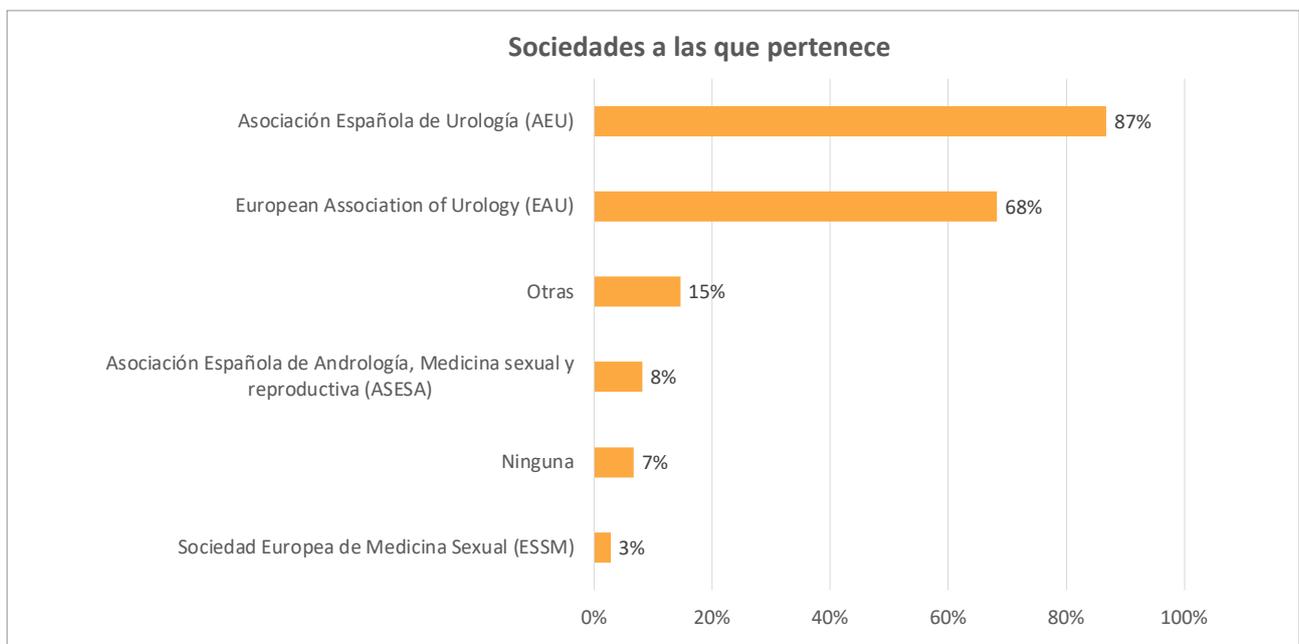


Figura 2. Porcentaje de participantes en función de las sociedades a las que pertenecía. Multirrespuesta.

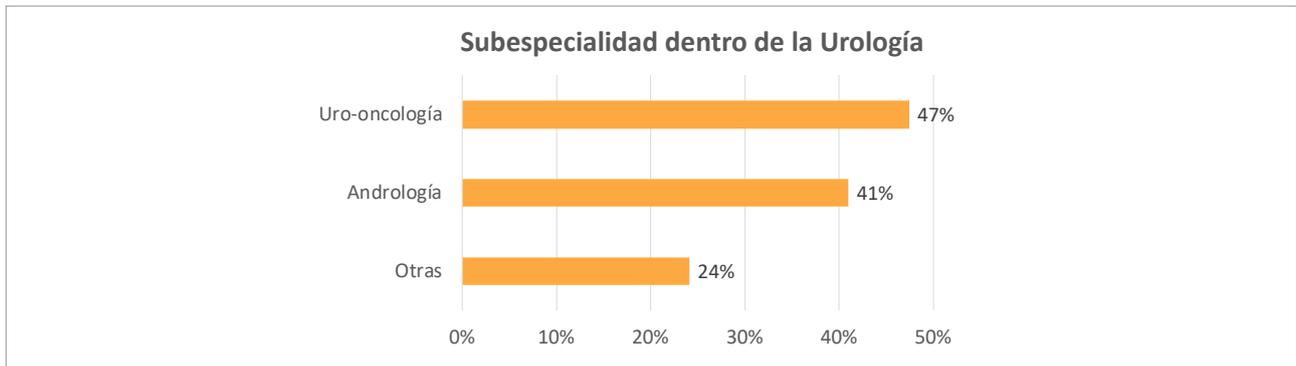


Figura 3. Porcentaje de participantes en función de la subespecialidad que desempeñaban dentro de la Urología. Multirresposta. N = 356.

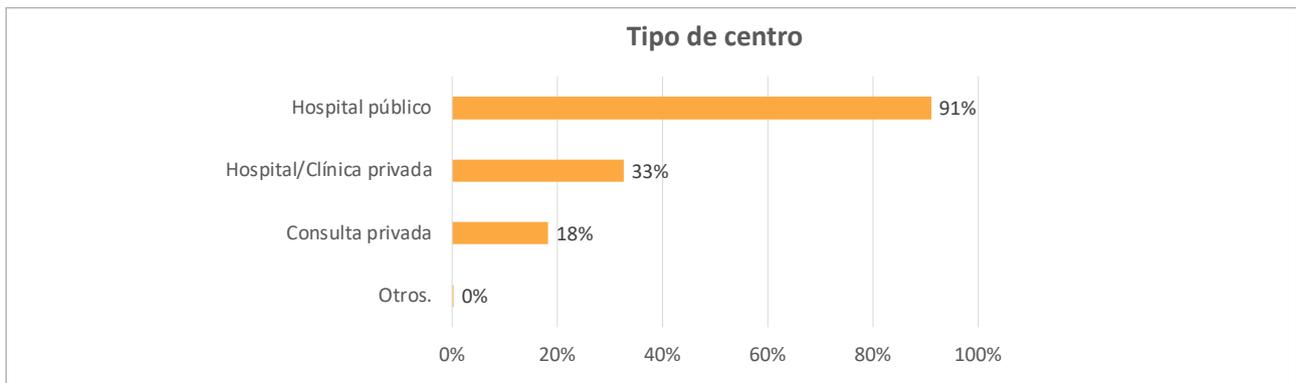


Figura 4. Porcentaje de participantes en función del tipo de centro en el que realizaba su labor asistencial. Multirresposta. N = 356.

Casi la totalidad de los encuestados trabajaban en el ámbito público (91%) si bien existía un porcentaje significativo que también desempeñaba su trabajo en un hospital o consulta privados (**figura 4**). En cuanto a la población de referencia el 65% de los participantes ejercían en un centro que daba asistencia a entre 100.001 a 500.000 habitantes (**figura 5**).

4. RESULTADOS

4.1. Presión asistencial

En referencia al número de pacientes atendidos en una semana normal, cerca del 53% de los participantes atendía entre 51 y 100 usuarios (**figura 6**) y un 51% manifestó que entre 10 y 20 de ellos consultaban sobre DE (**figura 7**).

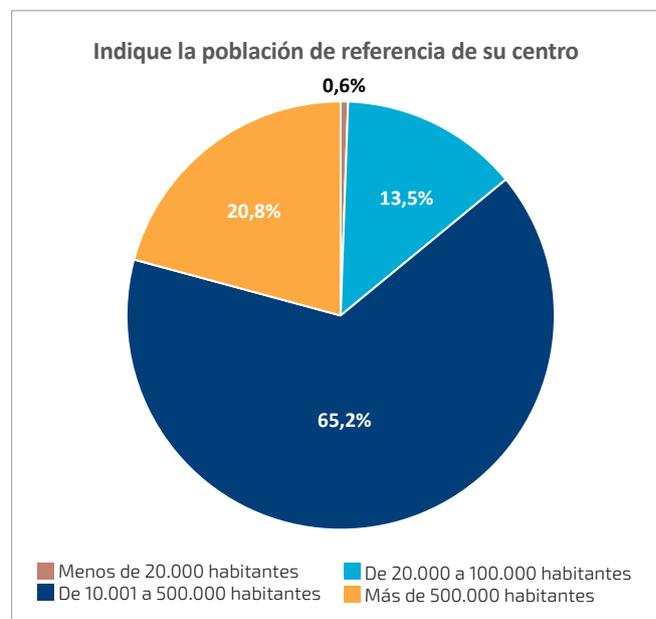


Figura 5. Porcentaje de participantes en función de la población de referencia de su centro. N = 356.

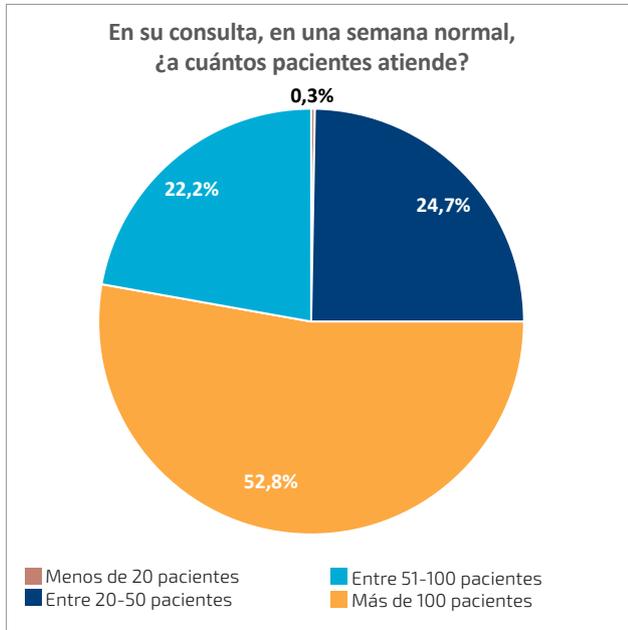


Figura 6. Porcentaje de participantes en función de los pacientes que atendía en una semana normal. N = 356.

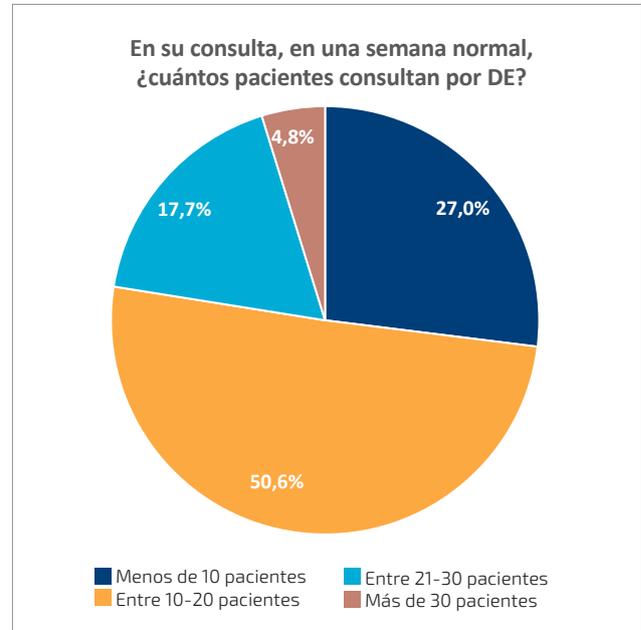


Figura 7. Porcentaje de participantes en función a los pacientes que en una semana normal le consultaban por DE. N = 356

En relación a los factores etiológicos de la DE mencionados en el cuestionario, el 88% de los encuestados afirmaban que más del 60% de los pacientes sometidos a una prostatectomía radical (PR) presentaban algún grado de DE, bien previa al procedimiento o de novo (**figura 8**). Este porcentaje se reducía hasta el 43% en el caso de pacientes sometidos a radioterapia (RT) para el tratamiento del cáncer de próstata (**figura 9**), una

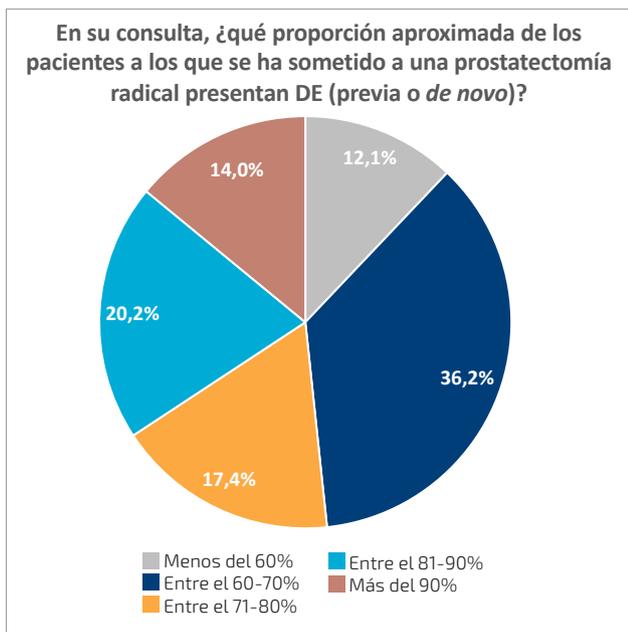


Figura 8. Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes sometidos a una prostatectomía radical que presentaban DE. N = 356.

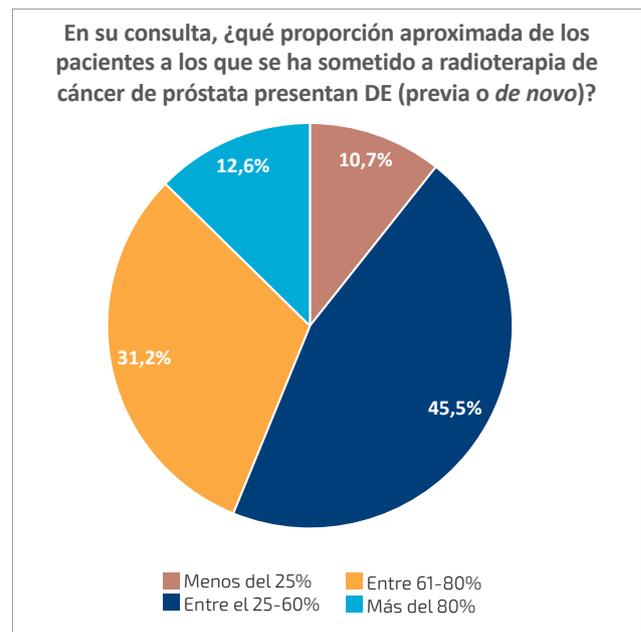


Figura 9. Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes, a los que se había sometido a radioterapia por cáncer de próstata, que presentaban DE. N = 356.

proporción similar a la referida para pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) (figura 10).

4.2. Factores relacionados con el diagnóstico y tratamiento

Únicamente una cuarta parte (24%) de los encuestados refirió que a sus pacientes no les resultaba nada difícil abordar con él sus problemas de DE, refiriendo los demás algún grado de dificultad (figura 11). En cuanto al tratamiento de la DE, el hecho de cambiar el fármaco o la posología del mismo para intentar mejorar la respuesta generaba algún grado de frustración en el paciente según más del 90% de los encuestados (figura 12), siendo la sensación de falta de una solución real el factor que más afectaba psicológicamente al paciente según el 92% de los participantes que pensaban que al paciente le generaba bastante o mucha frustración (figura 13).

En su consulta, ¿qué proporción aproximada de los pacientes con insuficiencia renal presentan DE?

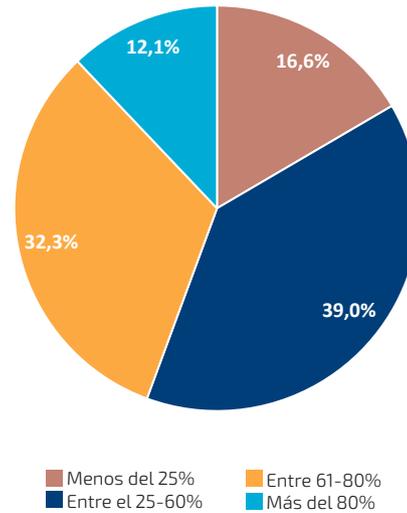


Figura 10. Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes con IRC que presentaban DE. N = 356.

Un total de 8 investigadores indicaron otros factores que afectan psicológicamente al paciente, entre ellos: la pérdida de confianza al haber probado un tratamiento de primera línea y no tener respuesta, el sentimiento de impotencia y frustración por la pérdida de una de las funciones vitales, sentimientos de limitación, dete-

Según su experiencia, ¿considera que al paciente le es difícil hablar con usted de su problema de disfunción eréctil?

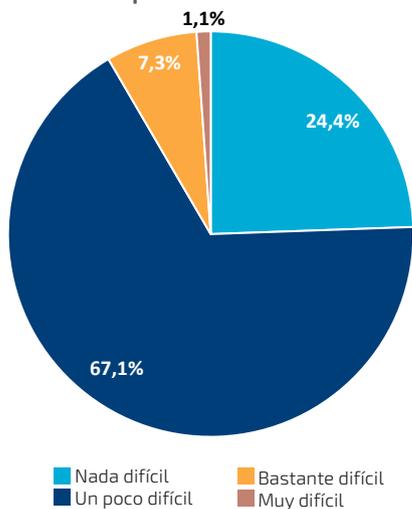


Figura 11. Porcentaje de participantes en función de su opinión de la dificultad de sus pacientes a la hora de hablar sobre su problema de DE. N = 356.

El fracaso del tratamiento y aumentar dosis o cambiar de fármaco para intentar mejorar la respuesta, ¿cree que genera cierto grado de frustración en el paciente?

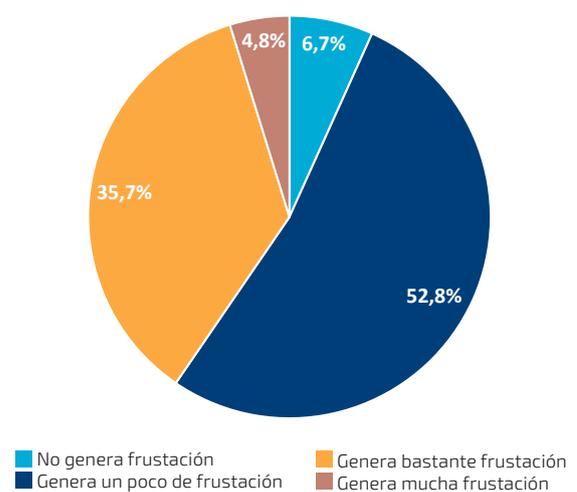


Figura 12. Porcentaje de participantes en función de su percepción del grado de frustración del paciente en cuanto al fracaso del tratamiento y aumento de dosis o cambio de fármaco. N = 356.

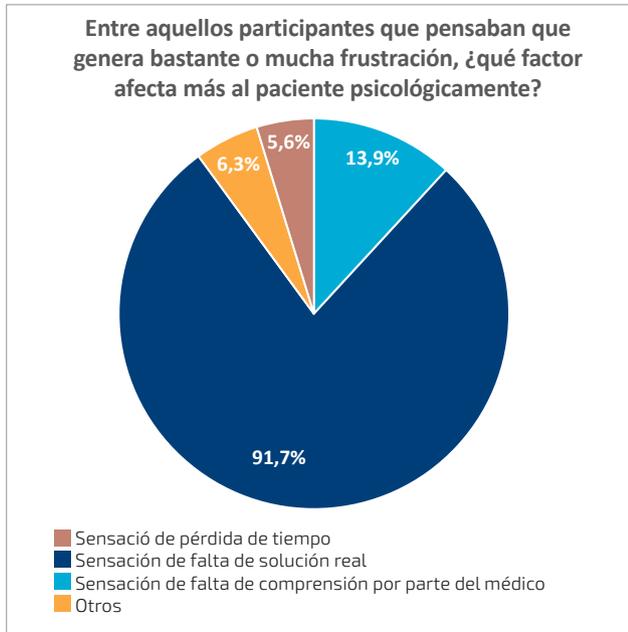


Figura 13. Porcentaje de participantes en función de su opinión sobre el factor que afectaba más al paciente psicológicamente en cuanto al fracaso del tratamiento y aumento de dosis o cambio de fármaco. N = 144.



Figura 14. Porcentaje de participantes en función de cual consideraban la reacción más frecuente del paciente cuando un tratamiento no era eficaz. N = 356.

rioro y envejecimiento, el coste económico del tratamiento, el manejo de expectativas de resultados, la baja autoestima y querer encontrar una solución rápida y económica.

Sin embargo, según el 74% de los encuestados, la reacción más frecuente del paciente ante un tratamiento no eficaz es la insistencia en buscar otras soluciones farmacológicas, mientras que el 19% considera que optan por el conformismo, y sólo un 6% que se decantan por soluciones no farmacológicas (**figura 14**).

4.3. Factores relacionados con la patología

Según una escala Likert de 10 niveles, donde 1 es la máxima afectación posible en la calidad de vida y 10 la menor, los encuestados puntuaron con una media de 5,4 ($\pm 2,25$) puntos la afectación que provoca a sus pacientes el hecho de no poder mantener relaciones sexuales satisfactorias (**figura 15**).

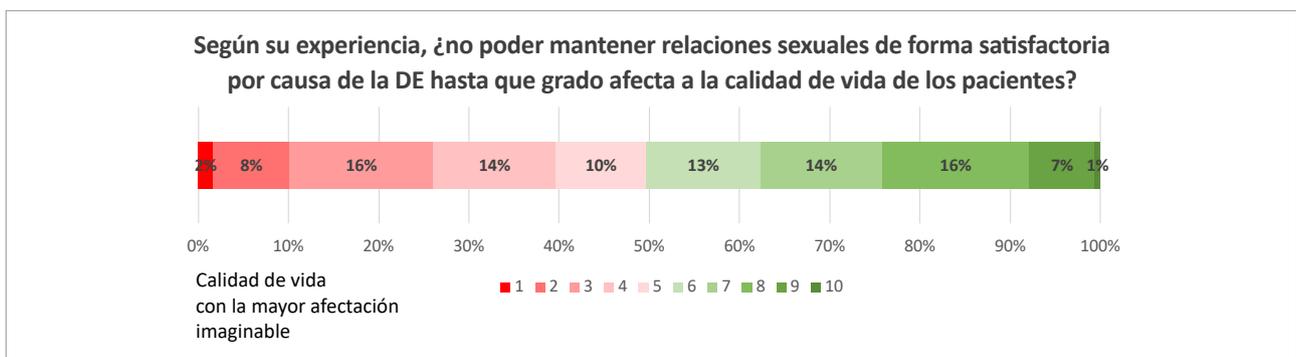


Figura 15. Porcentaje de participantes en función de su opinión de la afectación calidad de vida de los pacientes que no pueden mantener relaciones sexuales de forma satisfactoria por causa de la DE. N = 356.

4.4. Factores relacionados con el paciente

El impacto en la calidad de vida producido por la DE se puede expresar en varios aspectos. El primero de ellos, según la inmensa mayoría de los encuestados (99%), sería provocar algún grado de ansiedad en el paciente, bien de forma general, específicamente en los pacientes más jóvenes, o según ciertas condiciones del mismo. Un total de 19 encuestados indicaron que dependía del paciente y especificaron, entre otros, que la ansiedad era más frecuente en pacientes jóvenes con vida sexual activa y que variaba en función de si la aparición de la DE era repentina o progresiva.

Además, casi un 90% de los encuestados consideraban que sus pacientes con DE presentaban depresión o un estado de ánimo depresivo, dos tercios (67%) opinaban que la DE provocaba un mayor grado de irritabilidad, el 82% que afectaba en algún grado a los cuidados básicos personales del paciente, y un 39% que provocaba problemas del sueño y del tiempo de descanso (**tabla 1**).

Tabla 1. Afectación de la DE en distintos ámbitos de la salud mental del paciente.

| En su práctica diaria, ¿sus pacientes con DE presentan depresión o un estado de ánimo depresivo? | | |
|---|------------|---------------|
| Respuesta | N | % |
| Sí, es frecuente | 164 | 46,07 |
| No lo he observado | 36 | 10,11 |
| En los pacientes más jóvenes | 108 | 30,34 |
| Depende del paciente. Especificar | 48 | 13,48 |
| Total | 356 | 100,00 |
| ¿Hasta qué punto cree que la DE afecta a los cuidados personales básicos de los pacientes que la padecen? | | |
| Nada | 65 | 18,26 |
| Un poco | 120 | 33,71 |
| Regular | 96 | 26,97 |
| Bastante | 73 | 20,51 |
| Mucho | 2 | 0,56 |
| Total | 356 | 100,00 |
| ¿Manifiestan sus pacientes con DE problemas en el sueño y tiempo de descanso? | | |
| Sí, es frecuente | 69 | 19,38 |
| No lo he observado | 217 | 60,96 |
| En los pacientes más jóvenes | 46 | 12,92 |
| Depende del paciente. Especificar | 24 | 6,74 |
| Total | 356 | 100,00 |
| En su práctica clínica, ¿ha observado que los pacientes con DE presenten un mayor grado de irritabilidad? | | |
| Sí, es frecuente | 127 | 35,67 |
| No lo he observado | 119 | 33,43 |
| En los pacientes más jóvenes | 79 | 22,19 |
| Depende del paciente | 31 | 8,71 |
| Total | 356 | 100,00 |

No obstante, para un total de 24 participantes dependía del paciente, destacando mayores problemas en pacientes de avanzada edad, los que presentaban síndrome de déficit de testosterona o los que asociaban la DE con ansiedad o angustia.

4.5. Factores relacionados con el entorno social

El impacto en la vida social y de pareja del paciente se evaluó con diferentes preguntas cuyas respuestas se detallan en la **tabla 2**. Cabe destacar que el 57% de los encuestados opinaban que la afectación de la relación de pareja dependía de la edad del paciente y un 13% estimaba que dependía del tiempo de relación. Más de un 40% consideraban que la DE interfería con la vida social únicamente en los pacientes más jóvenes, y la mayoría (74%) que provocaba algún grado de dificultad en las actividades habituales con la familia y amigos. Sin embargo, según los encuestados, el impacto en la capacidad laboral es nulo en la mayoría de los casos (82%). 17 investigadores consideraban que dependía del paciente, especificando que lo percibían en aquellos pacientes con mayor grado de ansiedad e impacto psicológico, y otros que estaba ligado al tipo actividad que realizaban.

Tabla 2. Afectación de la DE en distintos ámbitos de la vida social del paciente.

| En general, ¿cómo piensa que se ve afectada la relación con su pareja? | | |
|---|------------|---------------|
| Respuesta | N | % |
| Se ve muy afectada | 85 | 23,88 |
| Depende de la edad del paciente | 204 | 57,30 |
| Depende del tiempo de relación | 46 | 12,92 |
| Otros | 21 | 5,90 |
| Total | 356 | 100,00 |
| ¿Piensa que la DE puede afectar a la vida social del paciente? | | |
| Sí, es frecuente | 127 | 35,67 |
| No lo he observado | 59 | 16,57 |
| En los pacientes más jóvenes | 148 | 41,57 |
| Depende del paciente. Especificar | 22 | 6,18 |
| Total | 356 | 100,00 |
| ¿Cree que su problema de salud dificulta sus actividades habituales con familia y amigos? | | |
| No, nada | 94 | 26,40 |
| Un poco | 147 | 41,29 |
| Regular | 75 | 21,07 |
| Bastante | 35 | 9,83 |
| Sí, mucho | 5 | 1,40 |
| Total | 356 | 100,00 |
| Sus pacientes con DE, ¿manifiestan dificultades en su capacidad de trabajo por causa de esta? | | |
| Sí, es frecuente | 12 | 3,37 |
| No lo he observado | 292 | 82,02 |
| En los pacientes más jóvenes | 35 | 9,83 |
| Depende del paciente | 17 | 4,78 |
| Total | 356 | 100,00 |

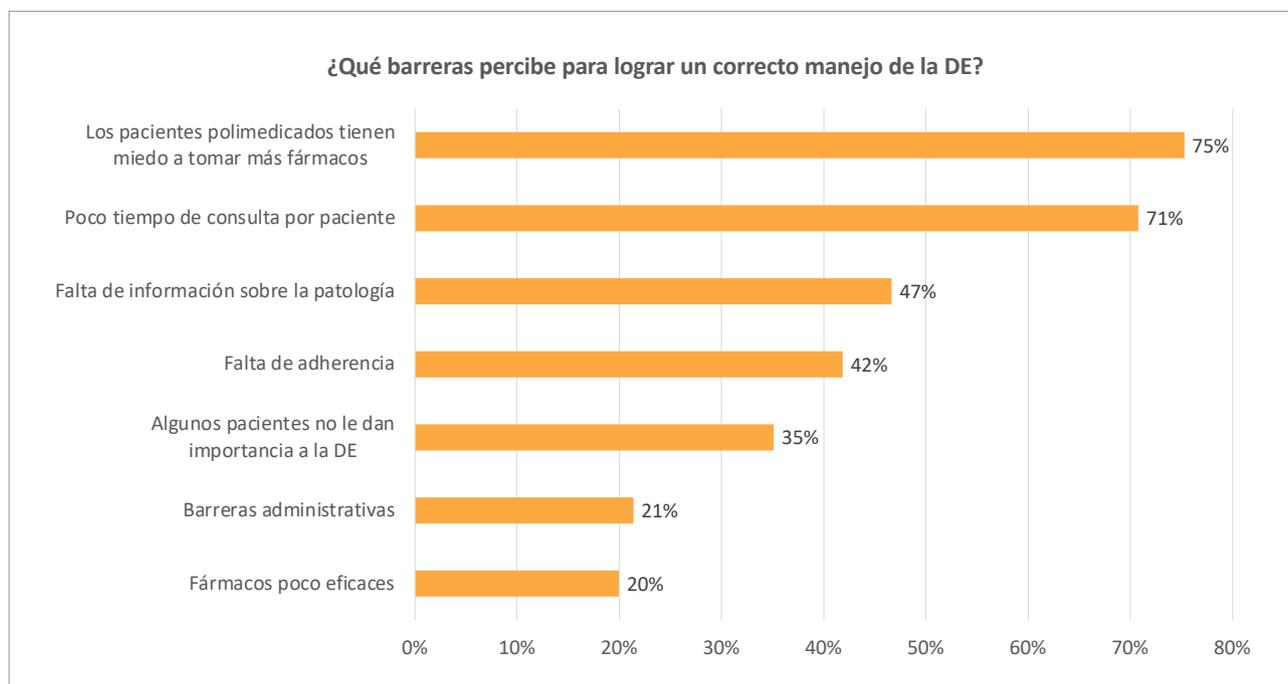


Figura 16. Porcentaje de participantes en función de las barreras que percibía para lograr un correcto manejo de la DE. Multirrespuesta. N = 356.

4.6. Principales barreras para el correcto manejo de la disfunción eréctil

Para la mayoría de los encuestados, la principal barrera para conseguir un buen manejo de los pacientes con DE entre las propuestas, son el miedo del propio paciente a añadir más fármacos a su tratamiento, especialmente si ya están polimedificados (75%), seguida de cerca del poco tiempo en consulta para cada paciente (71%) (**figura 16**).

5. DISCUSIÓN

La muestra de participantes en el estudio parece muy representativa en cuanto a sus características basales. La mayor proporción de hombres observada refleja aún la prevalencia del sexo masculino en la Urología en general, aunque esta situación está cambiando rápidamente en los últimos años. La participación territorial es proporcionada, aunque quizá con cierta sobrerrepresentación de determinadas Comunidades Autónomas respecto a su población general (Canarias, Castilla y León). El porcentaje de investigadores dedicado a la atención sanitaria en hospitales públicos muestra una clara superioridad (91%), aunque con una importante participación de especialistas que ejercen en hospitales privados (33%). Esto refleja fielmente lo que ocurre en la vida real, dado que un importante número de profesionales compatibilizan ambas facetas. Igualmente, el mayor porcentaje de urólogos que dicen dedicarse a la Uro-Oncología frente a la Andrología muestra que en muchos casos se compatibilizan ambas, bien por necesidades asistenciales (no en todos los centros hay un número suficiente de pacientes como para dedicar a un profesional exclusivamente a la Andrología), o bien por intereses profesionales. Sin embargo, llama la atención que, pese a que un 41% de los encuestados dice dedicarse a la Andrología, la pertenencia a sociedades científicas de esa rama no llega al 10%. Probablemente, este porcentaje es más representativo de la verdadera proporción de los investigadores que realmente se dedican a la Andrología de forma más intensa o en exclusiva. Estas teorías se ven reforzadas

atendiendo a los datos sobre el número de pacientes que se atienden de media en una semana: mientras que algo más de la mitad de los investigados afirmó atender a entre 51 y 100 pacientes semanales en la consulta, también algo más de la mitad refirió que, de estos, entre 11 y 20 pacientes semanales consultaban por DE (figura 7). Además, este elevado número de pacientes atendidos en consulta puede explicar una de las principales barreras a la hora de tratar correctamente a los pacientes con DE, que es la falta de tiempo (figura 16).

En cuanto a la DE, es conocido que se trata de una patología muy prevalente en la población general. Estudios clásicos ya revelaron hace casi 30 años que hasta el 52% de la población mayor de 40 años la padecía en algún grado⁴. Atendiendo a poblaciones particulares, la opinión entre los encuestados es que la DE tras la PR es muy prevalente, con sólo un 12% considerándola inferior al 60% (figura 8). Pese a lo elevado del dato, concuerda perfectamente con estudios prospectivos recientes, que dan cifras de prevalencia de hasta el 85%, incluyendo los pacientes que la desarrollan tras la cirugía y los que ya previamente la padecían en algún grado⁵. Igualmente, la proporción de pacientes con DE tras RT indicada por los encuestados (figura 9) concuerda con la observada en una reciente revisión sistemática⁶, donde se estima que ronda un 50% a los 5 años del procedimiento; y la indicada en pacientes con IRC (figura 10) concuerda con la prevalencia general del 71% en este grupo observada en otro reciente metaanálisis⁷.

Los pacientes que sufren DE pueden manifestar una serie de alteraciones psicológicas que se pueden originar o verse agravadas por la misma. Entre las más comunes se encuentra la ansiedad y el estado de ánimo depresivo, condiciones recogidas en la encuesta y cuyos resultados (tabla 1) se corresponden con los reportados en la literatura, especialmente los referidos en la población joven. En este sentido, una revisión reciente⁸ recoge que la prevalencia de la DE entre varones jóvenes puede ser tan elevada como el 30%, y que la correcta evaluación psicológica en este grupo de edad constituye un pilar fundamental de cara a asegurar el éxito del tratamiento.

Mientras que los datos aportados por los encuestados referidos a la afectación personal, familiar, de entorno social y de pareja de los pacientes con DE parecen razonables, llama la atención que un 82% de los investigadores no haya observado una afectación en la capacidad de trabajo de los pacientes (tabla 2). Este dato es especialmente llamativo si se compara con los recogidos previamente para la ansiedad y estado de ánimo depresivo (tabla 1), dado que parece evidente que estas dos condiciones sí pueden interferir con la capacidad laboral de las personas. Probablemente, ese bajo porcentaje se deba a varios factores, entre los que se encuentren que una mayor proporción de pacientes afectados estén en situación de jubilación, o al desconocimiento real por parte del médico de la situación laboral del paciente.

El 92% de los encuestados consideraron que a los pacientes les resultaba poco o nada difícil hablar con ellos de sus problemas de DE. Este dato rompe con la sensación generalizada de que los pacientes tienen aún muchas trabas para abordar estos problemas cuando el médico les da pie a ello. Sensación que además no ha sido respaldada por estudios recientes en esta materia, al menos en el mundo occidental. En este sentido, un trabajo que evaluaba la utilidad de un cuestionario específico de satisfacción sexual (Brief Sexual Satisfaction Checklist, BSSC) en el ámbito de la Atención Primaria⁹, mostró que el 57% consideraron este instrumento muy útil para abrir la conversación con su médico sobre sus problemas sexuales.

Tras haber abordado estos problemas con el médico y obtenido un tratamiento, otro aspecto importante a destacar es la adherencia y satisfacción con el mismo. Los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (iPDE5) constituyen a día de hoy el primer escalón terapéutico para el tratamiento de la DE, aunque precisamente debido a la necesidad de optimizar estos dos factores, en la última versión de las European Guidelines on Sexual and Reproductive Health¹⁰, se han colocado a la par que los tratamientos tópicos, intrauretrales e intracavernosos, de cara a ofrecer a los pacientes una solución más individualizada dependiendo de sus características, necesidades y expectativas. Según ficha técnica, los iPDE5 deben ser ofertados a demanda en su dosis intermedia, aumentando o disminuyéndola según la respuesta. Sin embargo, se ha demostrado que, salvo contraindicación, este procedimiento puede contribuir a disminuir la adherencia al tratamiento, debido a la

sensación de ausencia de tratamiento eficaz por parte del paciente¹¹. Esta falta de adherencia puede tener relación con la sensación de frustración en grado variable reportada por el 93% de los encuestados (figura 12). Además, las barreras reportadas por los encuestados para el correcto tratamiento de la DE (figura 17), como la falta de tiempo, la baja información sobre la enfermedad del paciente, las barreras administrativas, o el miedo de ciertas personas a tomar más fármacos, se interrelacionan entre ellas y pueden ser las causantes de una administración incorrecta de los fármacos, provocando un círculo vicioso de falta de tiempo, insuficiente información, inadecuada administración, falta de respuesta, pérdida de confianza, y mala adherencia al tratamiento.

6. CONCLUSIONES

El fracaso del tratamiento y el aumento de la dosis, o el cambio de fármaco, para intentar mejorar la respuesta, generan frustración en el paciente.

La disfunción eréctil merma la calidad de vida de los pacientes e incluso les llega a provocar ansiedad y estados depresivos.

La falta de tiempo en consulta y el miedo a tomar más fármacos en los pacientes polimedicados son percibidos como las principales barreras para lograr un correcto manejo de la disfunción eréctil.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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: p. 569-75.
2. Prieto Castro R, Campos Hernández P, Robles Casilda R, et al. Epidemiología de la disfunción eréctil. Factores de riesgo. 2010; 63(8): p. 637-9
3. Puigvert Martínez A, Pomerol Montseny J, Martín Morales A. Documento de consenso sobre disfunción eréctil Madrid: Grupo 2 Comunicación Médica, S.L.; 2013
4. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol.* 1994 Jan;151(1):54-61.
5. Emanu JC, Avildsen IK, Nelson CJ. Erectile dysfunction after radical prostatectomy: prevalence, medical treatments, and psychosocial interventions. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2016 Mar;10(1):102-7.
6. Gaither TW, Awad MA, Osterberg EC, Murphy GP, Allen IE, Chang A, Rosen RC, Breyer BN. The Natural History of Erectile Dysfunction After Prostatic Radiotherapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med.* 2017 Sep;14(9):1071-1078.
7. Pyrgidis N, Mykoniatis I, Nigdelis MP, Kalyvianakis D, Memmos E, Sountoulides P, Hatzichristou D. Prevalence of Erectile Dysfunction in Patients With End-Stage Renal Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med.* 2021 Jan;18(1):113-120.
8. Nguyen HMT, Gabrielson AT, Hellstrom WJG. Erectile Dysfunction in Young Men-A Review of the Prevalence and Risk Factors. *Sex Med Rev.* 2017 Oct;5(4):508-520.
9. García-Gómez B, García-Cruz E, Bozzini G, Justo-Quintas J, García-Rojo E, Alonso-Isa M, Romero-Otero J. Sexual Satisfaction: An Opportunity to Explore Overall Health in Men. *Urology.* 2017 Sep;107:149-154.
10. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. Available at: <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductivehealth/chapter/management-of-erectile-dysfunction>
11. Romero Otero J, García Gómez B, Medina Polo J, Jiménez Alcaide E, García Cruz E, Sallent Font A, et al. Evaluation of current errors within the administration of phosphodiesterase-5 inhibitors after more than 10 years of use. *Urology.* 2014 Jun;83(6):1334-8.

Secretaría técnica:
facsimil@gruposaned.com

saned.
GRUPO