

Proyecto

CONSCIENTES

CONOCIMIENTO DE
LOS PACIENTES DE SU
PATOLOGÍA: DISFUNCIÓN ERÉCTIL

1. INTRODUCCIÓN	4
1.2. Justificación	5
1.3. Objetivos	5
2. MATERIAL Y MÉTODOS	5
3. GESTIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO 6	5
3.1. Características de la muestra	6
4. RESULTADOS	9
4.1. Presión asistencial	9
4.2. Factores relacionados con la patología	10
4.3. Factores relacionados con el paciente	13
4.4. Factores relacionados con la comunicación médico-paciente	14
4.5. Principales barreras	15
5. DISCUSIÓN	16
6. CONCLUSIONES	17
7. BIBLIOGRAFÍA	17

TÍTULO:

CONocimiento de loS paCIENTES de su patología: disfunción eréctil.
Proyecto CONSCIENTES

PROMOTOR:

SANED, S.L.
Bravo Murillo, 101, 9ª
28020 Madrid

COORDINADOR:

Dr. Josep Torremadé Barreda
Servicio de Urología
Hospital Clínic de Barcelona
Barcelona

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 disfunción eréctil (DE) se define como “la incapacidad permanente para iniciar o mantener una erección suficiente como para permitir una relación sexual satisfactoria”. Se trata de un trastorno frecuente que afecta negativamente a la calidad de vida de aquellos varones que la padecen, impactando en el entorno familiar, laboral y social, pudiendo dar lugar a trastornos psicológicos tan importantes como la depresión. Su prevalencia, en función de la definición utilizada y del diseño del estudio, puede variar entre el 10 y el 52%. 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, convirtiéndose así en un trastorno infradiagnosticado¹.

Existen varias causas de DE incluyendo los medicamentos que 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 orgánicos².

Para lograr una mejora con relación a la DE es necesaria una correcta adherencia al tratamiento o terapia. No obstante, la falta de ésta es un problema de salud pública de origen multifactorial muy prevalente y, según la OMS, los factores relacionados con el paciente tienen un papel relevante. La falta de comprensión de la enfermedad y/o del tratamiento se han descrito como barreras para una correcta adherencia terapéutica. Las intervenciones de tipo conductual y educativo consisten en proporcionar información (oral o escrita) diseñada para motivar a los pacientes a realizar un cambio positivo de sus habilidades y rutinas diarias adaptadas a su estilo de vida. Estas estrategias dirigidas a cambiar o reforzar el comportamiento de los pacientes contribuyen al empoderamiento y participación activa en su propio cuidado y resolución de problemas³.

La culpabilidad e insatisfacción que siente el paciente con DE se puede evitar si desde el principio se establece una interacción personal entre él y el profesional médico. Adquiriendo conocimiento y aprendiendo a controlar el problema, los pacientes se vuelven conscientes y adoptan un papel activo para afrontar la situación. Este compromiso junto con una alta sensibilidad, confidencialidad y actitud empática por parte de los profesionales sanitarios facilita que el paciente se sienta capaz de dialogar y adoptar una actitud colaborativa con el equipo de salud. Con este mayor grado de implicación se puede lograr un cumplimiento del régimen terapéutico⁴.

Involucrar al paciente en el cuidado de su salud no es sólo deseable, sino social, económica y técnicamente necesario para conseguir la mejor eficiencia posible en su tratamiento. Nuevos conceptos como el cuidado centrado en el paciente, otorgarle mayor poder de decisión, así como la toma de decisiones compartida, etc., permiten una mayor implicación en el cuidado de la salud de la propia persona⁵. Programas de paciente experto o de autocontrol basados en el uso de las nuevas tecnologías han surgido en los últimos años con el objetivo de formar y de que el paciente sea capaz de gestionar su proceso de salud. Un paciente activo y empoderado es un paciente con capacidad para decidir, satisfacer necesidades, con pensamiento crítico y control sobre su vida y salud. Todo ello se consigue mediante el conocimiento⁶. Así, el resultado del tratamiento dependerá en último término de la implicación del propio paciente y de que éste cumpla con las indicaciones del clínico, para conseguir que el resultado sea el más eficiente y se garantice la mejora de la salud y calidad de vida^{1,6}.

1.2. Justificación

Empoderar al paciente para que participe de sus cuidados permitirá optimizar el consumo de recursos. Este proyecto pretende analizar los factores que se relacionan con el conocimiento del paciente de su 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 el conocimiento del paciente de su patología según la opinión de los clínicos que le tratan.

Objetivos secundarios

- Analizar aquellos factores que pueden empoderar al paciente frente a la DE según los clínicos que les tratan.
- Analizar la comunicación médico paciente en relación a la DE según los clínicos que les tratan.

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
- Datos del centro de trabajo
- Presión asistencial
- Factores relacionados con la patología
- Factores relacionados con el paciente
- Factores relacionados con la comunicación médico-paciente
- 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 y Andrología incluyendo la URL del *microsite* y contraseña de acceso al *microsite*, aquellos interesados en participar en el proyecto se registraron y cumplimentaron el cuestionario.

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.

3.1 Características de la muestra

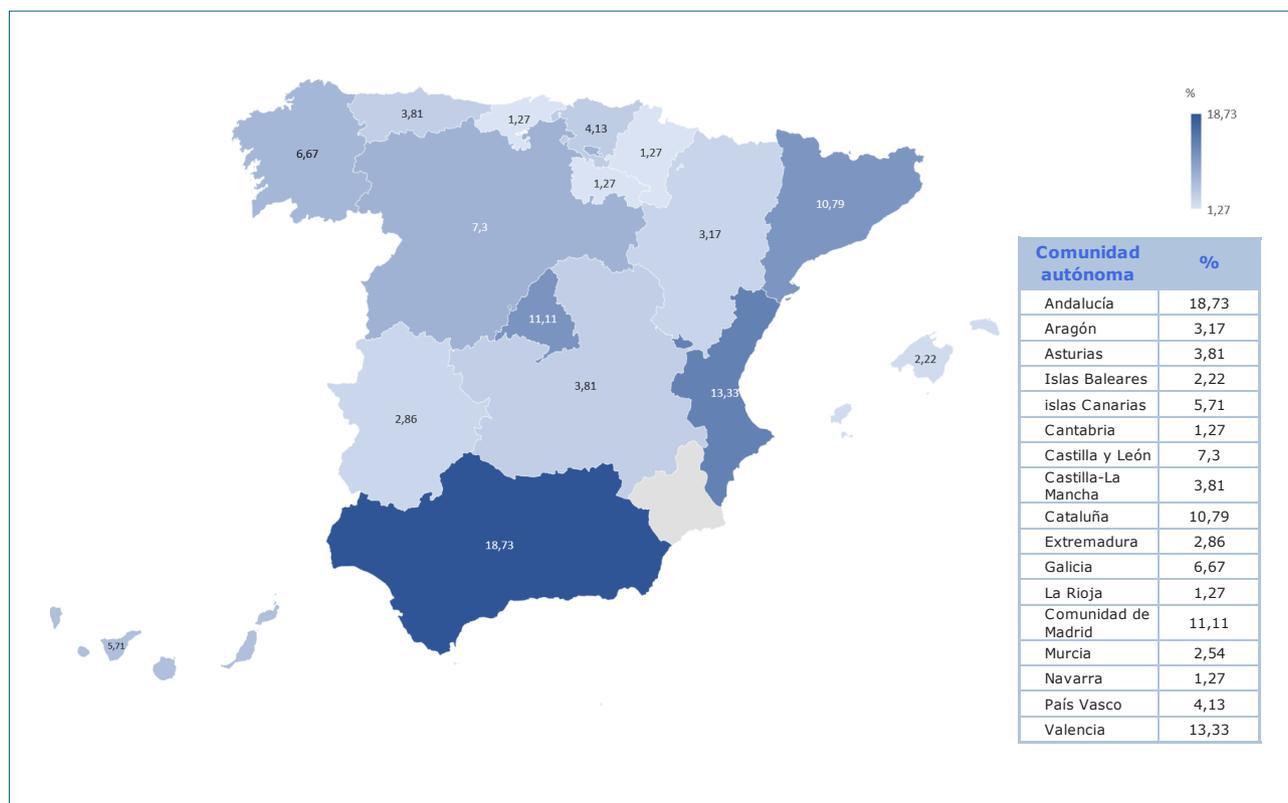


Figura 1: Porcentaje de participantes en función de la comunidad autónoma en la que realizaban su labor asistencial.

En el presente estudio, se contó con la colaboración de 315 especialistas en Urología y Andrología que ejercían su labor asistencial en centros médicos de España. La comunidad autónoma con mayor participación fue Andalucía que aportó el 19% de los participantes (**figura 1**).

La edad media de los participantes fue de aproximadamente 42,82 años. El 73% de los participantes fueron hombres y el 27% mujeres. La inmensa mayoría tenían nacionalidad española (94%), con una representación equitativa del resto entre otras nacionalidades europeas (3%), y distintas nacionalidades latinoamericanas (3%). Un participante indicó nacionalidad Angolana.

En media, los participantes del estudio tenían cerca de 12,3 años de experiencia en su ejercicio profesional, excluyendo los años de residencia. El 47% de los investigadores había participado en alguna actividad formativa sobre DE en el último año, de entre estos el 27% participó como formador, y el 89% como alumno.

Cerca del 89% de los investigadores eran miembros de alguna sociedad científica, el 82% pertenecía a la Asociación Española de Urología (AEU). 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) y la International Society for Sexual Medicine (ISSM) (**figura 2**).

En cuanto a la subespecialización, algo más del 48% afirmaron dedicarse a la Uro-oncología. Un total de 80 participantes indicaron otras subespecialidades como: Urología funcional, Urolitiasis, Endourología, Urología femenina, Cirugía reconstructiva, Urodinámica, suelo pélvico y trasplante renal entre otras (**figura 3**).

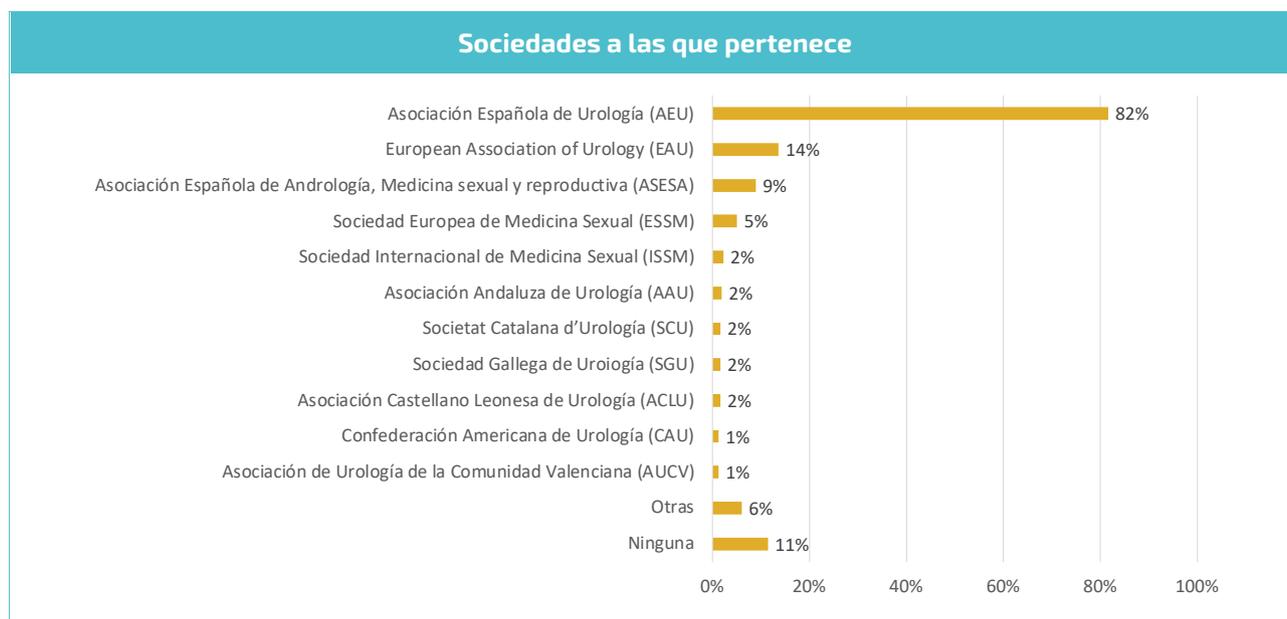


Figura 2: Porcentaje de participantes en función de las Sociedades Científicas a las que pertenecía. Multirrespuesta.

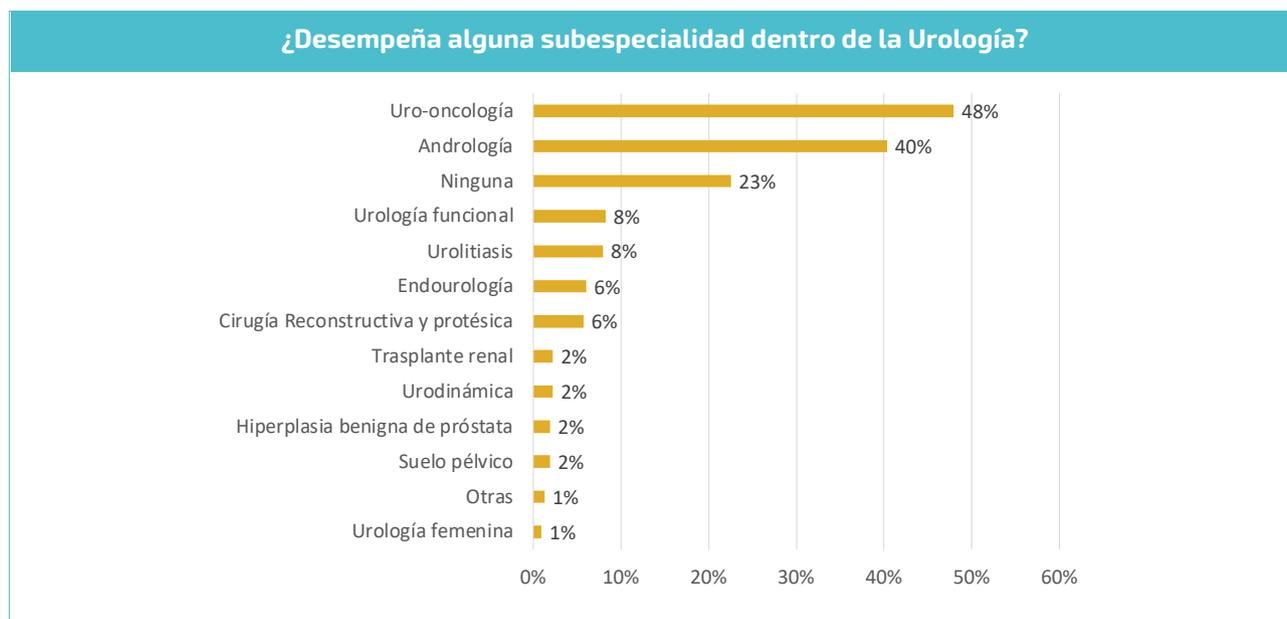


Figura 3: Porcentaje de participantes en función de las subespecialidades que desempeñaban. Multirrespuesta.

Casi la totalidad de los encuestados trabajaban en el ámbito público (94%) 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 66% de los participantes ejercían en un centro que daba asistencia a entre 100.001 a 500.000 habitantes (**figura 5**).

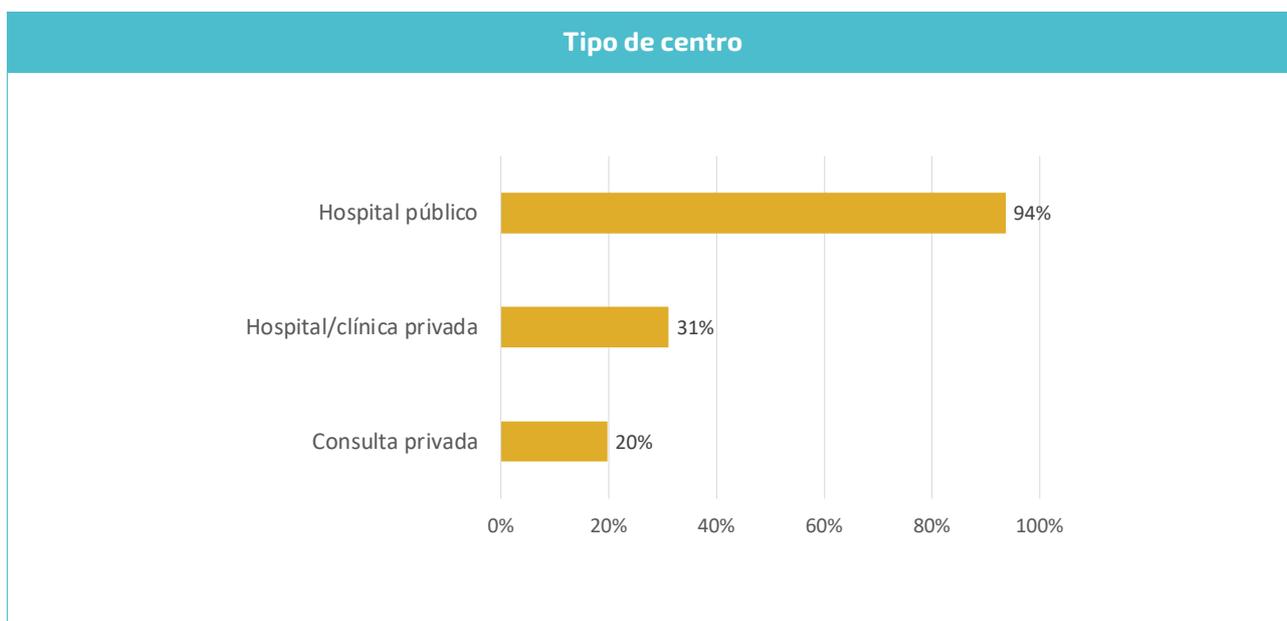


Figura 4: Porcentaje de participantes en función del tipo de centro en el que ejercían su labor asistencial. Multirrespuesta.

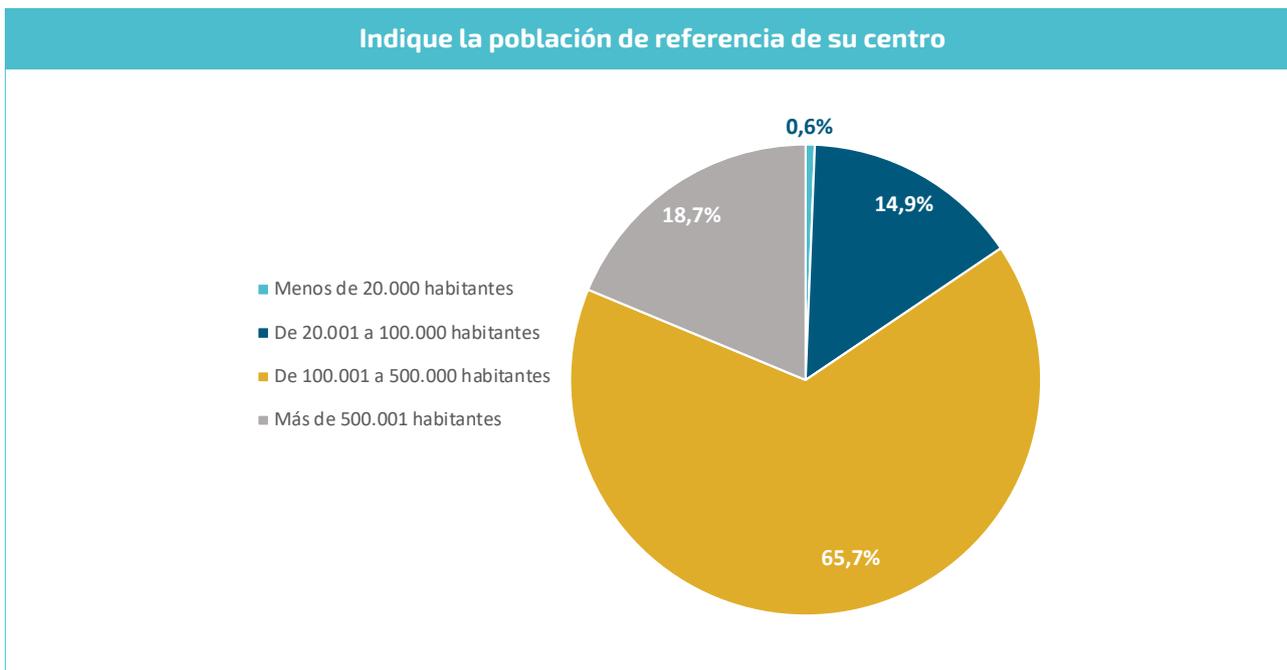


Figura 5: Porcentaje de participantes en función de la población de referencia de su centro de trabajo.

4. RESULTADOS

4.1 Presión asistencial

En referencia al número de pacientes atendidos en una semana normal, cerca del 35% de los participantes atendía entre 51 y 75 usuarios (**figura 6**) y un 52% manifestó que entre 11 y 20 de ellos consultaban sobre DE (**figura 7**).

En relación a los factores etiológicos de la DE mencionados en el cuestionario, el 34% de los encuestados manifestó que, entre el 60-70% de los pacientes a los que se había sometido a una prostatectomía radical (PR) presentaban DE (previa o de *novo*) (**figura 8**). El 35% de los participantes en el estudio indicó que, entre el 26-60% de los pacientes a los que se había sometido a radioterapia de cáncer de próstata, presentaban DE (previa o de *novo*) (**figura 9**).

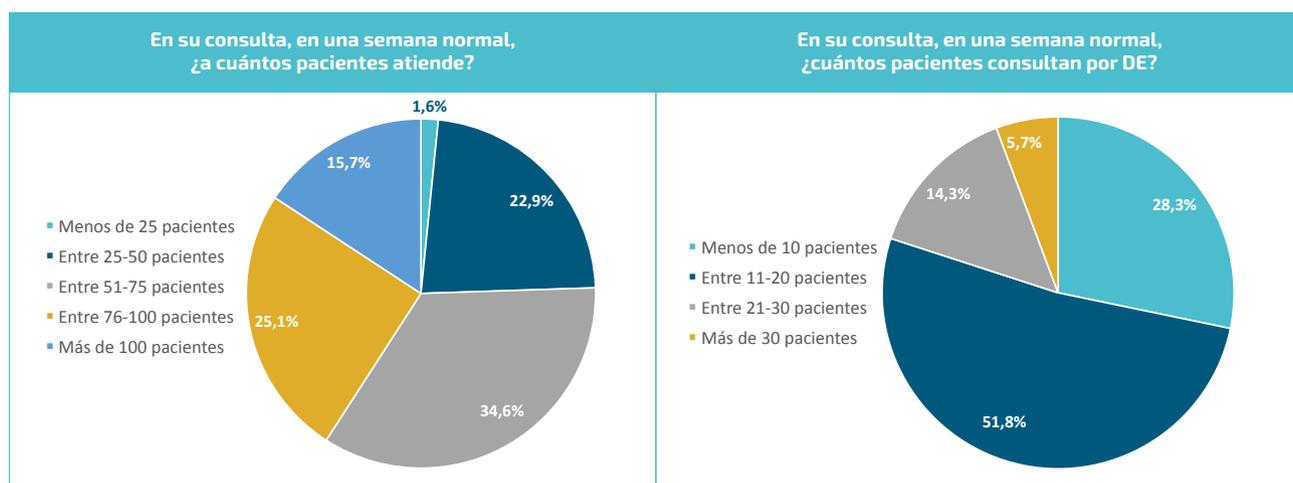


Figura 6: Porcentaje de participantes en función del número de pacientes que atendía en una semana normal.

Figura 7: Porcentaje de participantes en función del número de pacientes que consultaban por DE en una semana normal.

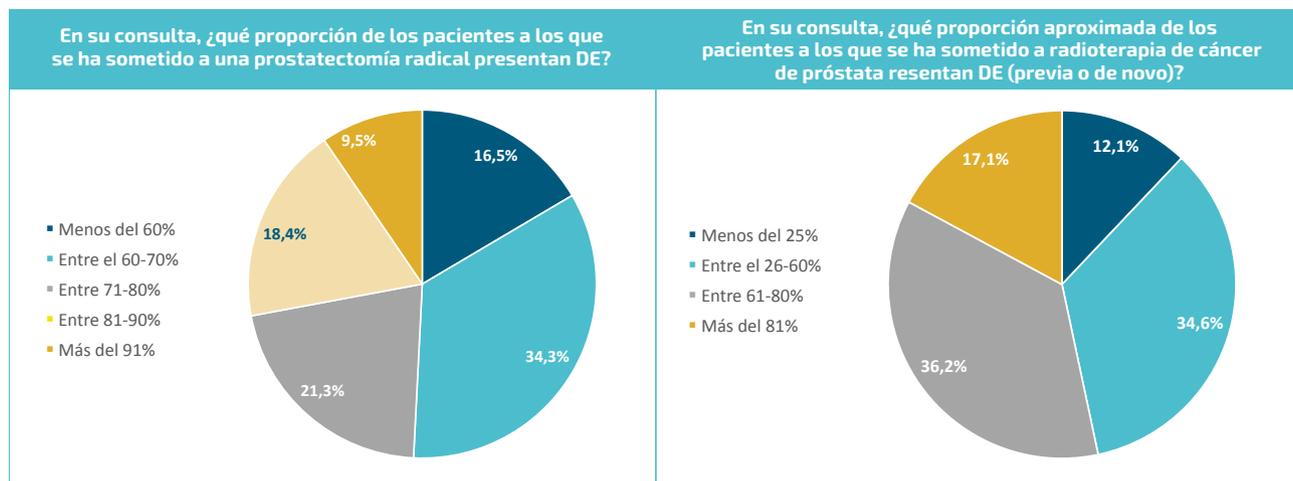


Figura 8: Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes habían sido sometidos a prostatectomía radical y presentaban DE.

Figura 9: Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes que habían sido sometidos a radioterapia de cáncer de próstata y presentaban DE.

Por otro lado, el 44% de los participantes indicó que, en los pacientes diabéticos, la DE se presentaba entre el 51 y 75% de sus pacientes y el 43% manifestó que esta patología se encontraba entre el 26 y 50% de sus pacientes diabéticos (**figura 10**). El 51% de los encuestados manifestó que más de la mitad de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular presentaban DE (**figura 11**).

Sólo un 7,3% de los participantes indicaron que generalmente, la causa de la DE de los pacientes era psicógena, siendo en la mayoría de los casos orgánica o bien mixta (**figura 12**).

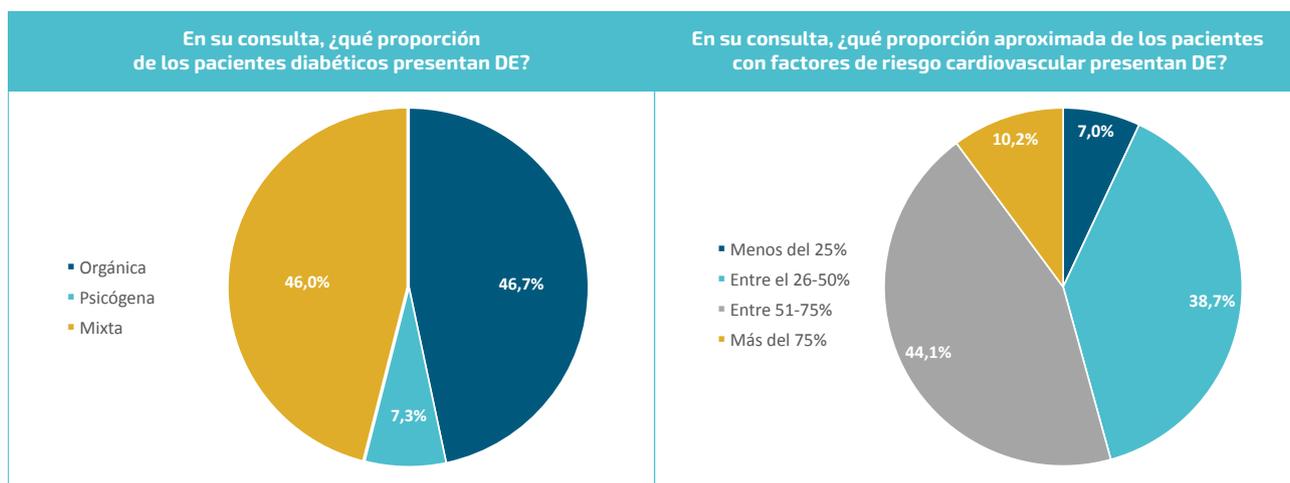


Figura 10: Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes diabéticos que presentaban DE.

Figura 11: Porcentaje de participantes en función de la proporción de sus pacientes con factores de riesgo cardiovascular que presentaban DE.

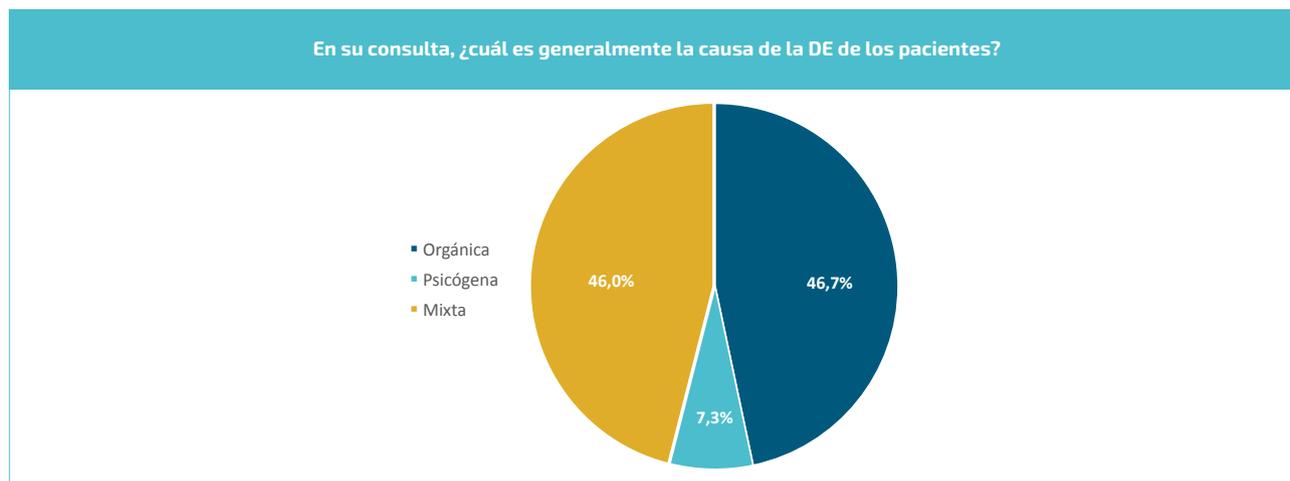


Figura 12: Porcentaje de participantes en función del tipo de causa de la DE que consideraban más frecuente.

4.2 Factores relacionados con la patología

El 62% de los investigadores manifestó que más de la mitad de los pacientes mayores hablaban de la DE sin problema, y un 49% que la mayor parte de los jóvenes hablan del tema sin inhibiciones (**figura 13**). Algunos investigadores indicaron otras respuestas como por ejemplo que dependía de la edad del paciente, que seguía siendo un tema tabú o que a los pacientes varones les costaba hablar de ello si el especialista era una mujer.

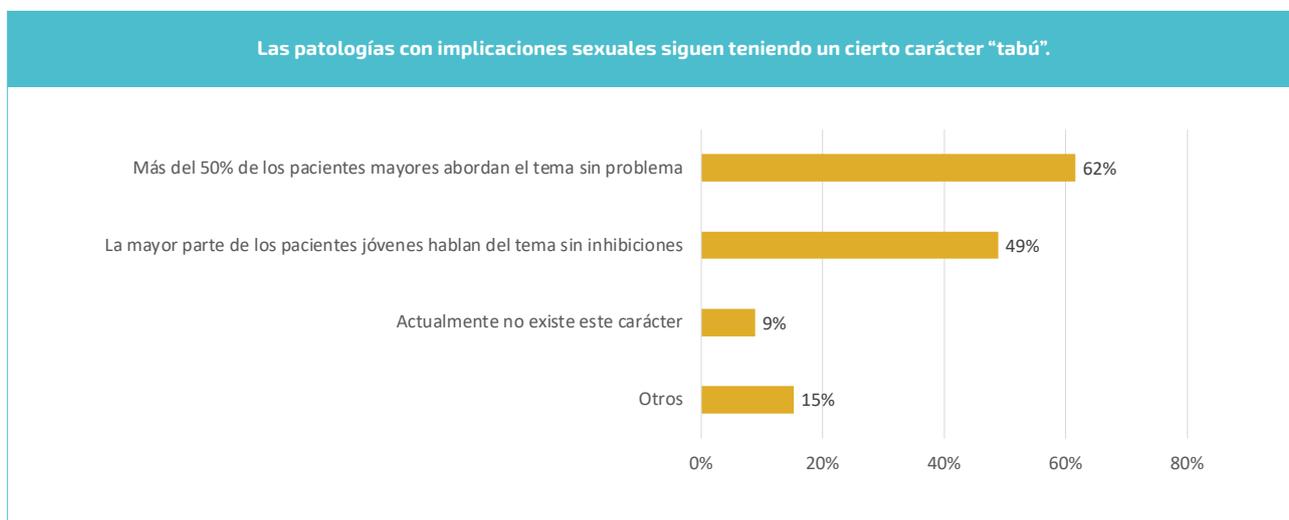


Figura 13: Porcentaje de participantes en función de su opinión sobre el carácter tabú de las patologías con implicaciones sexuales. Multirrespuesta.

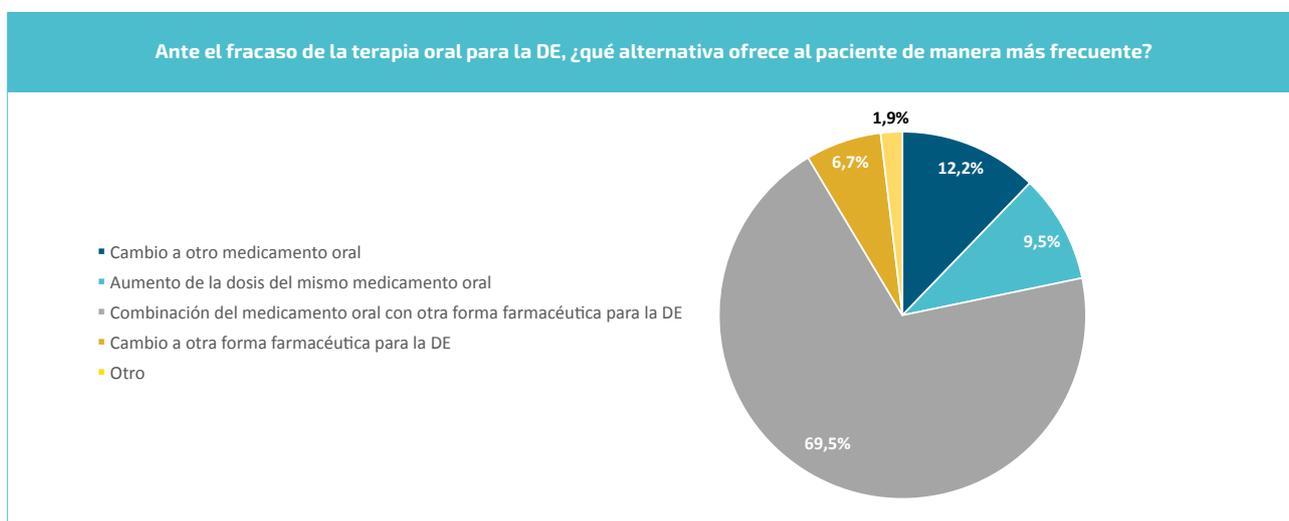


Figura 14: Porcentaje de participantes en función de la alternativa que ofrecía al paciente de manera más frecuente ante el fracaso de la terapia oral para la DE.

Cerca del 70% de los participantes indicaron que ante el fracaso de la terapia oral para la DE, como alternativa prescribían la combinación del medicamento oral con otra forma farmacéutica para la DE (**figura 14**). Se anotaron otras alternativas como por ejemplo la psicoterapia o el aumento de dosis si no estaba a dosis máxima.

El cambio a otro medicamento oral, o bien el cambio a otra forma farmacéutica son las decisiones que mayor frustración provocaban en los pacientes, según los encuestados, con una media de 1,9, donde 3 era mucha frustración (**figura 15**). Otros participantes indicaron que además de la frustración, se debe valorar también el aspecto económico.

El 94% de los encuestados manifestó que el factor que más afectaba psicológicamente al paciente era la sensación de falta de solución real (**figura 16**). Un total de 19 investigadores indicaron otros factores que

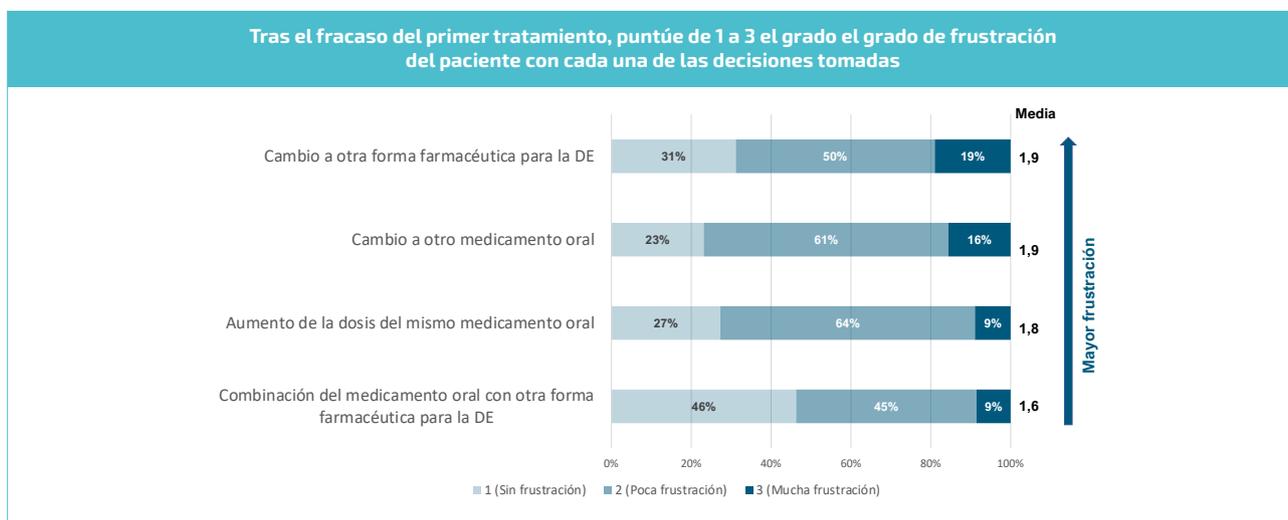


Figura 15: Porcentaje de participantes en función del grado de frustración del paciente con cada una de las decisiones tomadas, en una escala de 1 a 3, siendo 1 sin frustración y 3 mucha frustración.

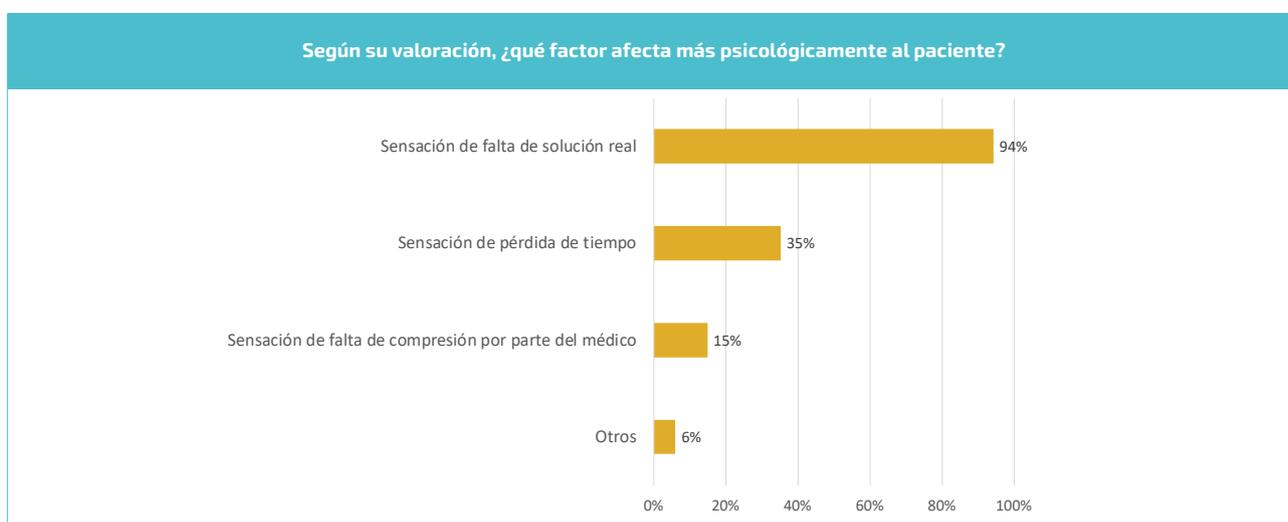


Figura 16: Porcentaje de participantes en función del grado de afectación psicológica del paciente por los factores listados. Multirrespuesta.

afectan psicológicamente al paciente, entre ellos: la falta de eficacia del tratamiento, la frustración de no lograr su objetivo, el coste del tratamiento, la pérdida de espontaneidad en las relaciones sexuales, pérdida de autoestima y no conocer la causa de la DE.

Sin embargo, según el 70% de los encuestados, la reacción más frecuente del paciente ante un tratamiento no eficaz era la insistencia en buscar otras soluciones farmacológicas, mientras que el 21% consideraba que optaban por el conformismo, y sólo un 5% que se decantaban por soluciones no farmacológicas (**figura 17**).

El 56% de los encuestados, coincidieron en que los pacientes con DE desconocían sus posibles tratamientos, un 26% indicó que dependía del paciente (**figura 18**). Otros indicaron que dependía de la edad, del nivel socio-cultural y del interés en investigar.

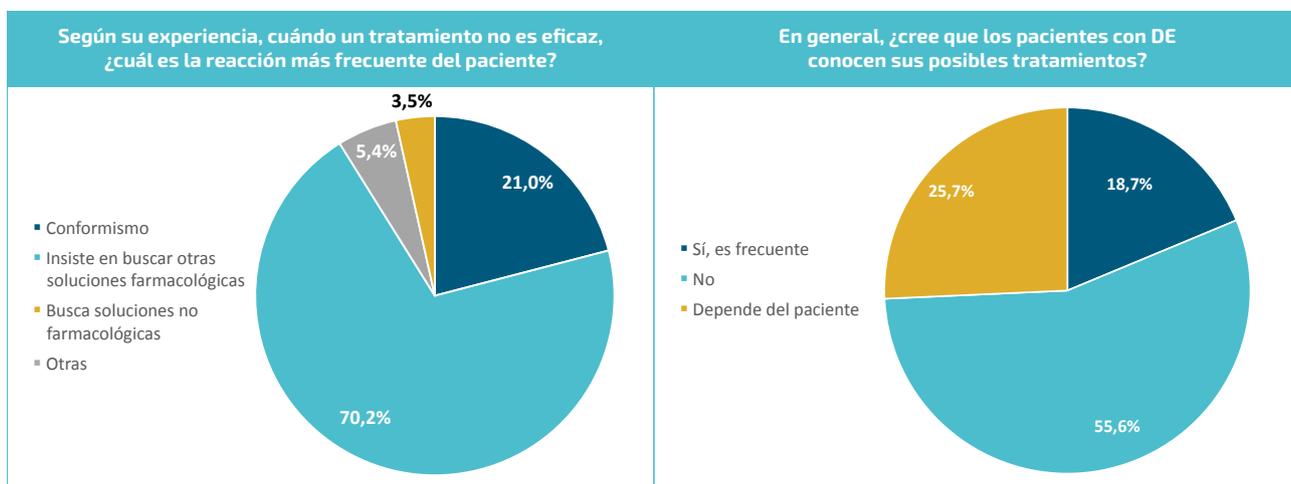


Figura 17: Porcentaje de participantes en función de la reacción que observaban con más frecuencia en los pacientes cuando el fármaco para la DE no era eficaz.

Figura 18: Porcentaje de participantes en función del conocimiento de los posibles tratamientos para la DE que en su opinión tenían sus pacientes.

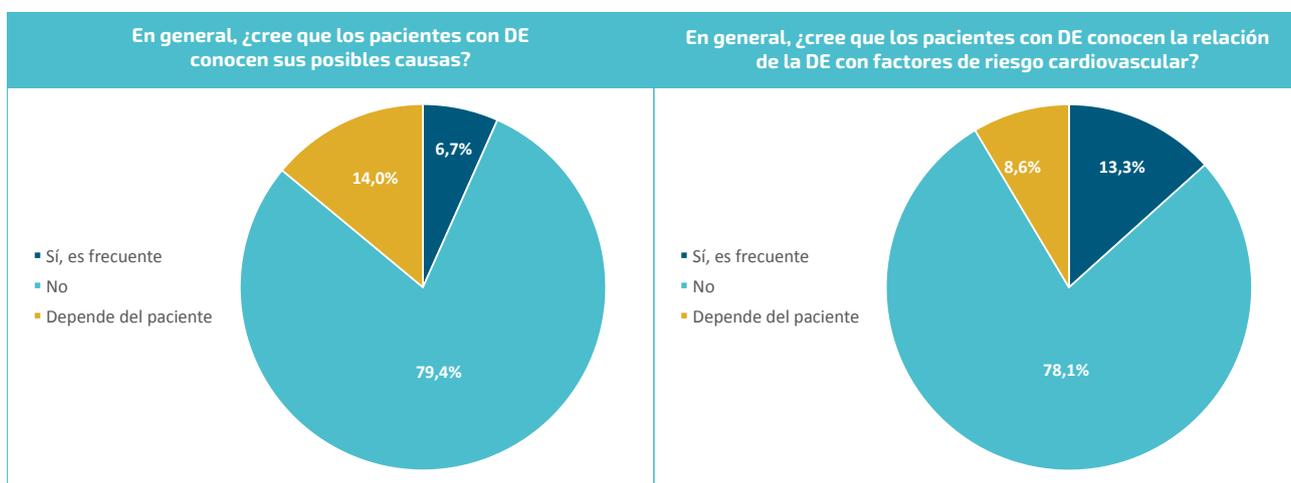


Figura 19: Porcentaje de participantes en función del conocimiento de las causas de la DE que en su opinión tenían sus pacientes.

Figura 20: Porcentaje de participantes en función del conocimiento de la relación de la DE con los factores de riesgo cardiovascular que en su opinión tenían sus pacientes.

En cuanto al conocimiento de las posibles causas de la DE, el 79% de los participantes opinaron que en general los pacientes no las conocían y el 14% que dependía del paciente (**figura 19**). En referencia a la relación de la DE con factores de riesgo cardiovascular, el 78% de los investigadores manifestaron que en general los pacientes la desconocían y un 9% pensaba que dependía del paciente (**figura 20**). Entre las respuestas especificadas encontramos que dependía del nivel socioeconómico, de la edad o del nivel formativo del paciente.

4.3 Factores relacionados con el paciente

En relación al conocimiento de la patología de los pacientes según la edad, el 59% de los participantes afirmó que los más jóvenes tenían mayor conocimiento sobre la DE (**figura 21**). Un total de 30 investigadores pensaban que dependía del nivel sociocultural, de la causa de patología, del interés del paciente o del interés que

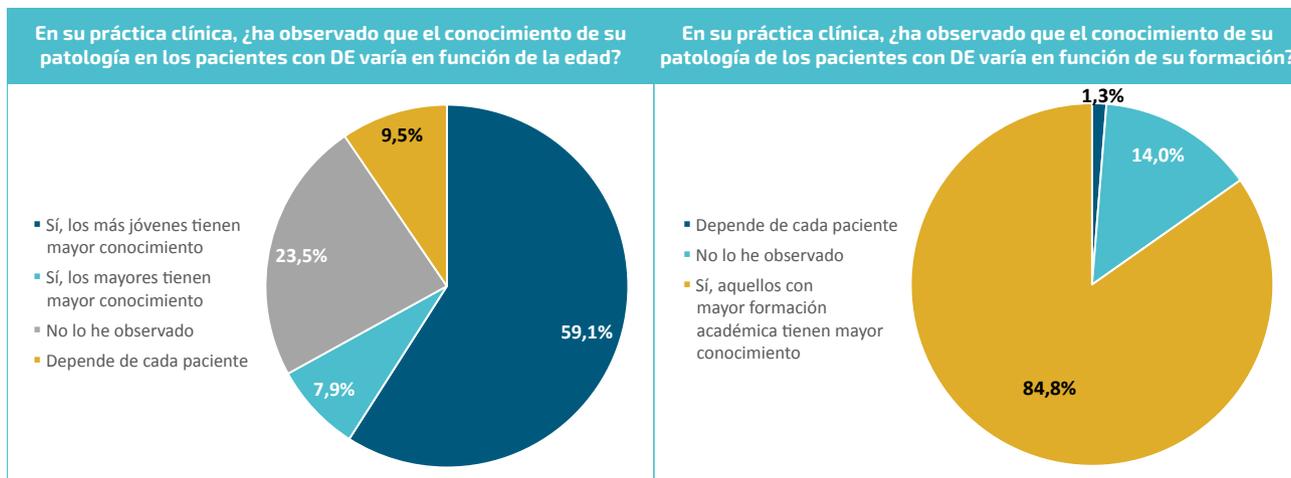


Figura 21: Porcentaje de participantes en función de si habían observado que el conocimiento de su patología en los pacientes con DE dependía de la edad.

Figura 22: Porcentaje de participantes en función de si habían observado que el conocimiento de su patología en los pacientes con DE dependía de su formación.

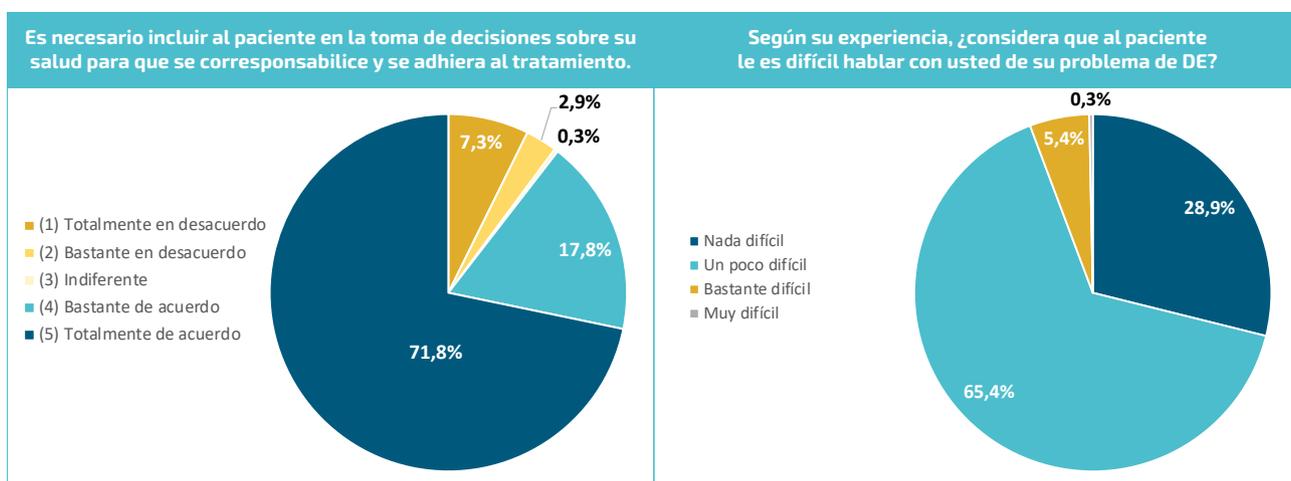


Figura 23: Porcentaje de participantes en función de su opinión sobre la implicación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud.

Figura 24: Porcentaje de participantes en función de su percepción de la dificultad del paciente para abordar el tema de la DE.

este tiene por la patología. El 85% de los participantes en el estudio, indicó que aquellos pacientes con mayor formación académica tenían un mayor conocimiento sobre la DE (figura 22).

En cuanto a la necesidad de incluir al paciente en la toma de decisiones sobre su salud para que se corresponsabilice y se adhiera al tratamiento, el 72% de los encuestados se mostró totalmente de acuerdo (figura 23).

4.4. Factores relacionados con la comunicación médico-paciente

Se consultó a los participantes en el estudio si consideraban que al paciente le era difícil hablar con ellos sobre su problema de DE. El 65% de los investigadores indicó que al paciente le era un poco difícil hablar con el de sus problemas de DE (figura 24).

El 91% de los encuestados estuvieron bastante o totalmente de acuerdo con la siguiente afirmación: La adecuada información sobre la DE y su tratamiento al paciente/familia disminuye la ansiedad del paciente con DE (**figura 25**).

En cuanto a la afirmación “Es importante formar a los varones para que vigilen su estado físico y que al menor síntoma de alteraciones de la erección consulten al especialista”, el 82% de los investigadores se mostraron bastante o totalmente de acuerdo (**figura 25**). El 90% estuvieron bastante o totalmente de acuerdo en que sería de ayuda entregar documentos dirigidos al paciente/pareja con información y recomendaciones concretas sobre la DE (**figura 25**).

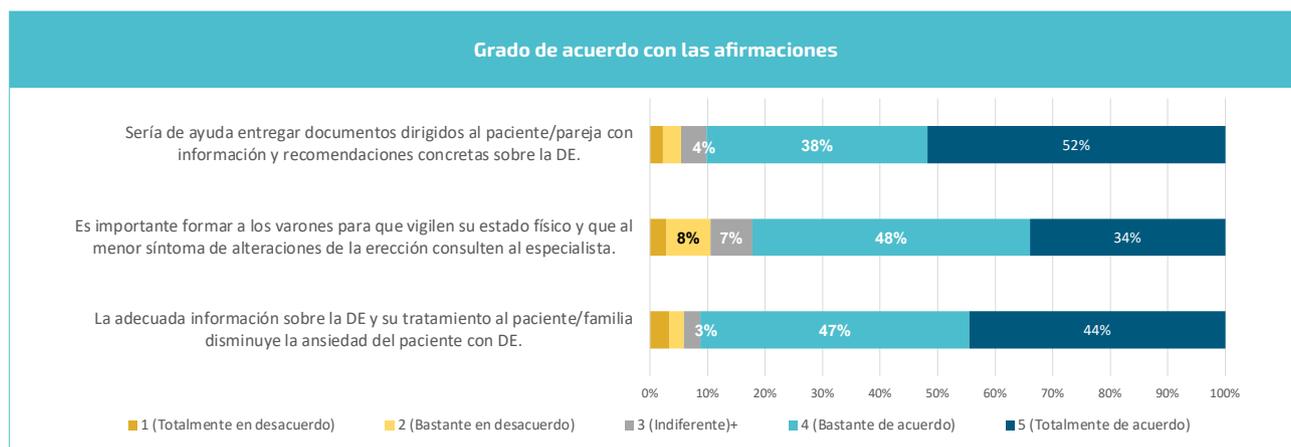


Figura 25: Porcentaje de participantes en función del grado de acuerdo que manifestaron con las afirmaciones planteadas.

4.5 Principales barreras

Para la mayoría de los encuestados, la principal barrera para lograr un buen conocimiento de la DE por parte del paciente entre las propuestas, eran el poco tiempo de consulta por paciente (79%) y que los pacientes jóvenes con frecuencia buscaban información en internet que no siempre era adecuada (73%) (**figura 26**). Otras respuestas que dieron fueron: no asimilar que su estilo de vida/edad influye en la DE, pudor para expresar al médico sus problemas, poca implicación por parte de la pareja o resignación del paciente.

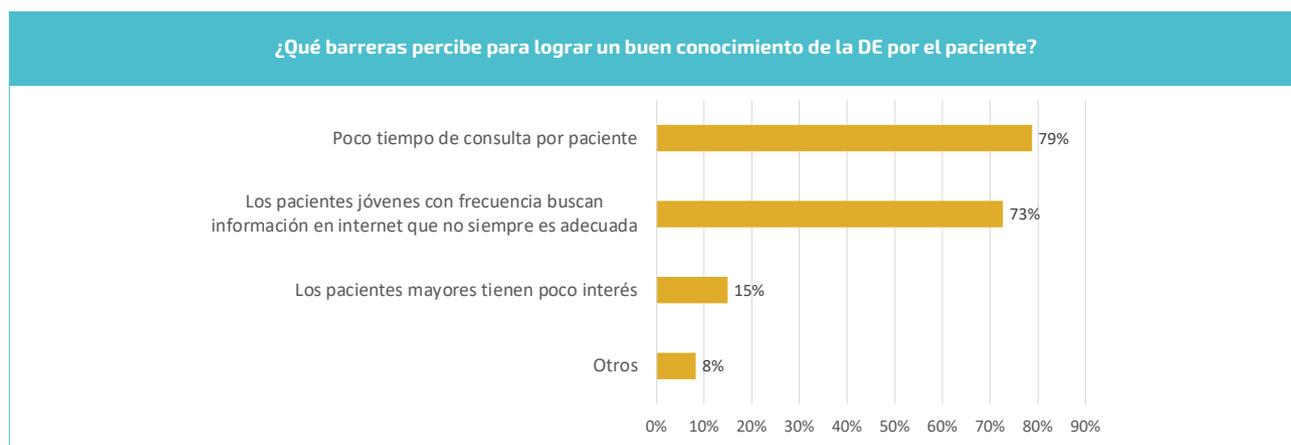


Figura 26: Porcentaje de participantes en función de las barreras que percibía para lograr un buen conocimiento de la DE por el paciente. Multirrespuesta.

5. DISCUSIÓN

El proyecto Conscientes pone en manifiesto la opinión que tienen los médicos sobre el conocimiento que tienen los pacientes de la disfunción eréctil y la práctica clínica habitual ante un fracaso terapéutico inicial. Se trata de un estudio a nivel nacional en el que participaron 315 especialistas en urología y andrología siendo la edad media de los participantes de 43 años. A destacar que un 27% de las personas encuestadas eran mujeres, siendo una tendencia cada vez mayor la presencia de mujeres en la especialidad. En el presente estudio, el 94% de los encuestados trabajaban en el ámbito público de la sanidad.

Analizamos en primer lugar los factores etiológicos y los factores de riesgo para la disfunción eréctil. Una de las principales causas de disfunción eréctil son las secuelas funcionales de los tratamientos del cáncer de próstata. El proyecto Conscientes pone en manifiesto que, a pesar de las mejoras técnicas en la prostatectomía radical, como por ejemplo la introducción de la cirugía robótica, la percepción que tienen los especialistas sobre la disfunción eréctil que genera es muy elevada. El 84% de los encuestados consideran que más del 60% de los pacientes presentan disfunción eréctil tras una prostatectomía radical. Esta percepción es mayor que los datos publicados en la literatura, donde se reporta una tasa de disfunción eréctil post-prostatectomía de entre el 25-78%¹². La principal limitación de estos estudios es que en muchas ocasiones los pacientes incluidos no representan a los pacientes de nuestra práctica clínica habitual y que no existe consenso en la definición de disfunción eréctil post-prostatectomía radical¹³. Los resultados son algo mejores con la radioterapia de próstata, pues según el 53% de los encuestados consideran que más del 60% de los pacientes sometidos a radioterapia presentan disfunción eréctil secundaria.

Si analizamos la percepción que tienen los especialistas sobre factores de riesgo cardiovascular y disfunción eréctil, nos encontramos que el 54% de los médicos encuestados consideran que la mitad de los pacientes con disfunción eréctil tienen algún factor de riesgo cardiovascular. El 52% de los médicos encuestados consideran que la mitad de los pacientes diabéticos presentan disfunción eréctil. Por lo tanto, existe una concienciación entre los médicos de que la disfunción eréctil es un marcador de riesgo cardiovascular y que los pacientes con riesgo cardiovascular presentan una elevada prevalencia de disfunción eréctil. Esto coincide con lo reportado por múltiples estudios. Se considera que más de la mitad de los pacientes de más de 50 años que tienen disfunción eréctil está asociada a factores de riesgo cardiovascular¹⁴. Desgraciadamente los médicos consideran que el 79% de los pacientes no conocen las posibles causas de la disfunción eréctil ni su relación con los factores de riesgo cardiovascular. El 59% de los especialistas considera que los pacientes más jóvenes tienen mejor conocimiento de su patología, al igual que el 85% considera que el mejor conocimiento está influenciado por una mayor formación académica.

En segundo lugar, el proyecto Conscientes analiza la percepción que tienen los pacientes de su enfermedad y los tratamientos existentes para la disfunción eréctil. También analiza la percepción que tienen los especialistas sobre el carácter tabú de las disfunciones sexuales. En los últimos años se ha mejorado en este aspecto y actualmente los especialistas perciben que el 62% de los pacientes mayores abordan el tema sin problema y el 49% de los pacientes jóvenes hablan del tema sin inhibiciones. A pesar de ello, existe todavía una percepción de que un porcentaje importante de pacientes tiene dificultad para expresar con naturalidad sus problemas sexuales.

Cuando se pregunta al especialista cuál es la alternativa que éste ofrece al paciente de manera más frecuente, la mayor parte de ellos (69,5%) ofrece la combinación de un fármaco oral con otra forma farmacéutica para la disfunción eréctil. Esto confirma la adherencia de los especialistas a las guías de la asociación europea de urología, donde ante una respuesta inadecuada al tratamiento médico hay que valorar el uso correcto del tratamiento prescrito previamente y considerar alternativas terapéuticas o terapias combinadas¹⁰. Una posible explicación a este hecho es que los especialistas consideran que el cambio a otro medicamento oral

o el aumento de la dosis del mismo medicamento generan mayor frustración al paciente. Según los encuestados, los factores que más afectan psicológicamente al paciente son la falta de solución real (94%) y la sensación de pérdida de tiempo (35%). Esta frustración únicamente genera un 21% de conformismo pues, según los encuestados, el 76% de pacientes insiste en buscar otras soluciones farmacológicas o no farmacológicas. Desgraciadamente los médicos consideran que más de la mitad de los pacientes (56%) no conocen los posibles tratamientos para la disfunción eréctil.

Según el presente estudio, el 90% de los especialistas están bastante o totalmente de acuerdo en que es necesario incluir al paciente en la toma de decisiones sobre su salud para que se corresponsabilice y se adhiera al tratamiento. Del mismo modo, el 91% de los encuestados estuvieron bastante o totalmente de acuerdo con que la adecuada información sobre la disfunción eréctil y su tratamiento disminuye la ansiedad del paciente con disfunción eréctil.

Desgraciadamente existe la percepción de que hay barreras que impiden que el especialista pueda transmitir todos estos conocimientos al paciente. Según un 79% de los encuestados la principal barrera es el poco tiempo de consulta por paciente. Otra barrera que perciben el 73% de los médicos encuestados es que los pacientes jóvenes con frecuencia buscan información en internet que no siempre es adecuada.

El presente estudio tiene algunas limitaciones. Una de las principales limitaciones es el diseño de este, pues la percepción que tienen los médicos no tiene por qué coincidir con la visión de los pacientes. En cualquier caso, esta impresión sí que condiciona el modo en que los especialistas se relacionan con sus pacientes y el manejo diagnóstico y terapéutico. Otro factor limitante para tener en cuenta es que el 94% de los encuestados trabajan en un entorno público por lo que la interpretación de los resultados se limita a este ámbito, pudiendo ser distintos en el ámbito de la medicina privada.

6. CONCLUSIONES

Los especialistas en urología y andrología están altamente concienciados de que los factores de riesgo cardiovascular y los tratamientos de cáncer de próstata generan disfunción eréctil. Sin embargo, la percepción de los éstos es que la mayor parte de los pacientes no conocen los factores etiológicos de la disfunción eréctil.

Los especialistas en urología y andrología perciben que las disfunciones sexuales siguen siendo un tema tabú para los pacientes.

La mayor parte de los especialistas en urología y andrología ofrecen como primera alternativa la terapia combinada ante el fracaso al tratamiento para la disfunción eréctil y consideran que es necesario incluir al paciente en la toma de decisiones.

Una de las principales barreras en el ámbito público que impiden una adecuada concienciación del problema es la falta de tiempo por paciente en la consulta.

7. 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.
12. Sanda MG, Dunn RL, Michalski J, Sandler HM, Northouse L, Hembroff L, et al. Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. *N Engl J Med [Internet]*. 2008;358(12):1250-61.
13. Mulhall JP. Defining and reporting erectile function outcomes after radical prostatectomy: Challenges and misconceptions. *J Urol [Internet]*. 2009;181(2):462-71.
14. Kloner RA. Erectile dysfunction and cardiovascular risk factors. *Urol Clin North Am [Internet]*. 2005;32(4):397-402.