

● Documentos
● de Consulta
● Rápida

15. Manejo de la Disfunción Eréctil





15. Manejo de la Disfunción Eréctil

Antonio Ferrández Infante.

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Sexología Médica.
Coordinador del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN.*

Ana Navarro Robles.

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Sexología Médica.
Miembro del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN.*

Paula Linde Leiva.

MIR en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN.

Míriam Lorenzo Santana.

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Sexología Médica.
Secretaria del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN.*



ISSN 3020-772X

INTRODUCCIÓN

La disfunción eréctil (DE) implica dificultades persistentes para lograr o mantener una erección lo suficientemente firme para tener relaciones sexuales satisfactorias. Esta condición no solo afecta la esfera íntima y relacional del individuo, sino que también puede ser un indicador de posibles problemas de salud subyacentes.

La DE es una patología con una prevalencia aproximada del 19% en los varones de entre 25 y 70 años, elevándose por encima del 25% a partir de los 50 años.

Dentro de las importantes implicaciones sistémicas asociadas con la disfunción eréctil, se encuentran factores como enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, obesidad, problemas prostáticos, y trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión, así como efectos secundarios de algunos medicamentos o incluso problemas hormonales. La interacción compleja entre los aspectos físicos y psicológicos de esta condición resalta la importancia de abordarla de manera integral en el ámbito médico.

Es fundamental comprender que la disfunción eréctil no se limita a un problema urológico aislado, sino que puede ser una manifestación de un desequilibrio más profundo en la salud del individuo.

Por ello cabe considerarla como un “síntoma centinela”, ya que puede actuar como un indicador temprano de otras condiciones médicas que requieren atención y tratamiento. De ahí que sea necesario transmitir el mensaje a la sociedad de la trascendencia de acudir a un facultativo médico siempre que se padezcan problemas de erección, y a cualquier edad.

En la actualidad, el enfoque médico hacia la disfunción eréctil ha evolucionado significativamente, adoptando una perspectiva holística que incluye la evaluación de factores físicos, psicológicos y emocionales. Este enfoque integral no solo busca abordar los síntomas visibles, sino también identificar y tratar las causas subyacentes para mejorar la calidad de vida y el bienestar general de los pacientes afectados y de sus parejas.

ABORDAJE DESDE NUESTRAS CONSULTAS

La misión de la medicina de familia es fundamental a la hora de abordar los problemas de erección, reducir sus consecuencias biopsicosociales y disminuir la morbilidad y mortalidad asociada a la DE.

De hecho, actualmente el facultativo especialista de atención primaria es el protagonista en el abordaje y tratamiento de la DE por diversas razones: facilidad de acceso y proximidad, enfoque integral, relación médico-paciente de calidad, especialización en riesgo cardiovascular, facultad para explorar físicamente y derivar a otro especialista si procede (tabla 1), longitudinalidad en la atención, capacidad para manejar y cambiar la medicación con agilidad, formación en entrevista clínica y capacidad para prescribir los fármacos inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE5).

Tabla 1. Criterios de derivación a otro especialista

- DE primaria (no causada por enfermedad orgánica adquirida o trastorno psicógeno).
- Pacientes jóvenes con antecedentes de trauma pélvico o perineal, que podrían beneficiarse de tratamientos potencialmente curativos, cirugía de revascularización o angioplastia.
- Pacientes con deformidades del pene que puedan requerir corrección quirúrgica (p. ej., enfermedad de Peyronie y curvatura peneana congénita).
- Pacientes con trastornos psiquiátricos o psicosexuales complejos.
- Pacientes con trastornos endocrinos complejos.
- Casos que requieran un diagnóstico vascular o neurológico.
- Pacientes en situación de riesgo intermedio y alto riesgo cardiovascular para la práctica sexual.
- Se pueden indicar pruebas específicas a petición del paciente o de su pareja, o cuando el paciente o su médico@ deseen realizar estudios adicionales para llegar a un diagnóstico etiopatogénico.
- Razones médico-legales (p. ej., demostrar DE terminal para indicación de implantación de prótesis de pene, y abuso sexual).

Tabla de elaboración propia

Una evaluación diagnóstica básica en medicina de familia debe incluir los siguientes pasos:

1. Historia clínica médica y psicosexual / Cuestionario Sexual Health Inventory for Men (SHIM). En la tabla 2 se ilustra qué debe incluir una entrevista clínica orientada a evaluar la DE.
2. Identificar/ Evaluar: otros problemas sexuales, causas frecuentes y modalidad de DE (orgánica, psicógena o mixta / primaria o secundaria), factores de riesgo reversibles de DE, situación psicosocial.
3. Exploración física enfocada: deformidades de pene, enfermedad prostática, signos de hipogonadismo, estado cardiovascular –especialmente toma de presión arterial– y exploración neurológica.
4. Análisis: glucosa y perfil lipídico (<12 meses), testosterona total en ayunas, y testosterona libre (si indicada).

Tabla 2. Entrevista clínica sexológica enfocada en DE

- Información sobre relaciones sexuales previas y actuales.
- Estado emocional actual.
- Inicio y duración del problema de erección, y consultas y tratamientos previos.
- El estado de salud sexual de la(s) pareja(s) (cuando esté disponible).
- Descripción detallada de la rigidez y duración de las erecciones matinales y estimuladas sexualmente y de los problemas con el deseo sexual, la excitación, la eyaculación y el orgasmo.
- Erectile Hardness Score (EHS) para la evaluación de la rigidez del pene
- Si ánimo depresivo: Beck Depressive Inventory.
- Preguntar por síntomas de hipogonadismo: fatiga, baja libido, alteraciones cognitivas.
- Si refiere clínica prostática: pasar cuestionario IPSS

Adaptado de Uroweb.org

DE y riesgo cardiovascular

Existe una alta prevalencia de enfermedad cardiovascular (ECV) en pacientes con DE, y una asociación entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) con la DE. Los hombres más jóvenes (especialmente los < 50 años) con DE transitoria y persistente tienen un mayor riesgo de ECV según la escala de Framingham.

Se ha demostrado que el cribado de DE mejora la sensibilidad de detectar ECV asintomática en diabéticos.

Asimismo, la DE aumenta significativamente el riesgo de ECV, coronariopatía y accidente cerebrovascular (ACV), y es un predictor independiente de fibrilación auricular incidente.

La DE es causa de una mayor mortalidad por cualquier causa, y este incremento es independiente de los FRCV convencionales.

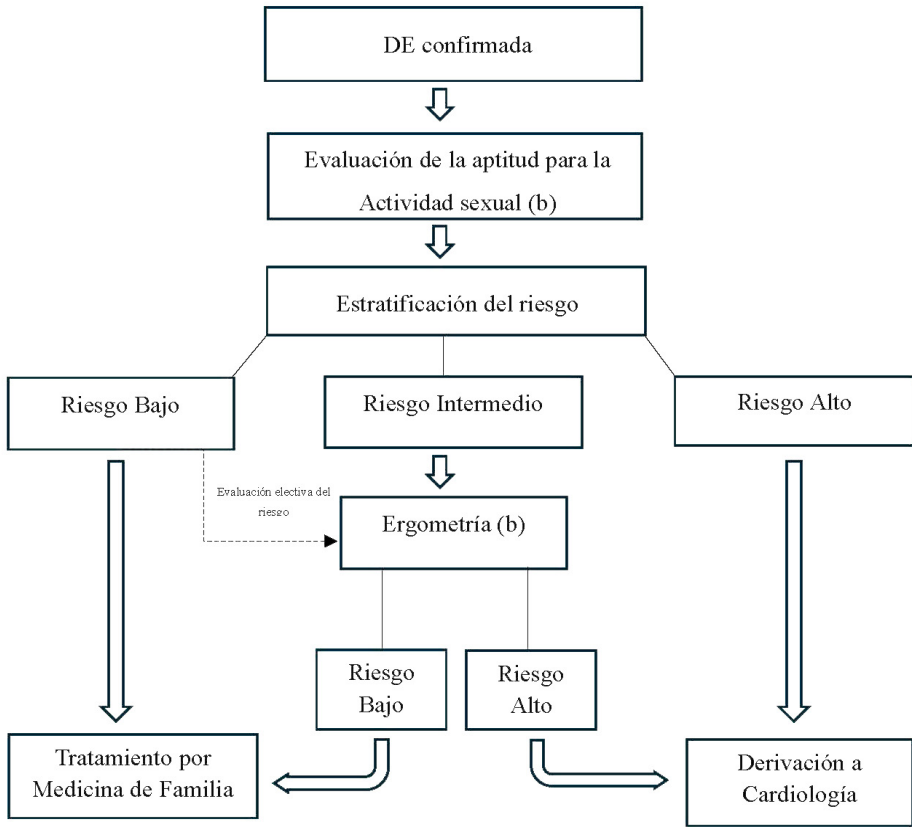
La detección de ECV en hombres con DE es una intervención rentable para la prevención secundaria tanto de ECV como de DE, lo que resulta en ahorros sustanciales de costos frente a la identificación de ECV en el momento de la presentación.

Este riesgo potencial de sufrir ECV hace necesario una estratificación del riesgo cardiovascular (tabla 3) antes de decidir poner un tratamiento en la consulta de medicina de familia, o bien derivar a una consulta de cardiología (figura 1).

Tabla 3. Estratificación del riesgo cardíaco según II y III Consensos de Princeton

Riesgo Bajo	Riesgo Intermedio	Riesgo elevado
Asintomático, < 3 factores de riesgo para coronariopatía (excluyendo el sexo)	> 3 factores de riesgo para coronariopatía (excluyendo el sexo)	Arritmias de alto riesgo
Angina estable leve (evaluada y/o siendo tratada)	Angina estable moderada	Angina inestable o refractaria
IAM previo no complicado	IAM reciente (> 2, < 6 semanas)	IAM reciente (< 2 semanas)
Disfunción ventricular izquierda / Insuficiencia cardiaca congestiva (NYHA clase I o II)	Disfunción ventricular izquierda / Insuficiencia cardiaca congestiva (NYHA clase III)	Disfunción ventricular izquierda / Insuficiencia cardiaca congestiva (NYHA clase IV)
Revascularización coronaria exitosa	Secuela no cardiaca de enfermedad arteriosclerótica (p.e., ictus, enfermedad vascular periférica)	Miocardiopatía hipertrofica obstructiva y otras miocardiopatías
HTA controlada		HTA no controlada
Enfermedad valvular leve		Enfermedad valvular moderada / severa

Figura 1. Algoritmo de manejo del riesgo cardiovascular en DE



- a. El esfuerzo durante la actividad sexual corresponde a caminar 1,5 km (o 1 milla) en el llano en 20 min o subir rápidamente dos tramos de escaleras en 10 segundos. No debe generalizarse a individuos mayores, con menor condición física o con ECV, ni a determinadas circunstancias de la actividad sexual (extramatrimonial, entorno desconocido, consumo excesivo de alimentos y/o alcohol).
- b. Completar 4 minutos del protocolo estándar de cinta sin fin de Bruce (5-6 METS) sin síntomas, cambios en el segmento ST, arritmias o una caída en la PA sistólica identifica la seguridad de la actividad sexual.

Adaptado de Uroweb.org

ABORDAJE NO FARMACOLÓGICO

Los tratamientos utilizados para el abordaje de la DE tanto de manera no farmacológica como farmacológica, se clasifican en primera, segunda y tercera línea. Esta clasificación no se basa en la eficacia, sino en el carácter invasivo de los tratamientos: siendo los de primera línea los menos invasivos y los de tercera línea los de más invasivos.

El tratamiento de la DE es integral e individualizado, dirigiéndose tanto a los aspectos orgánicos como a los psicosexuales y que requiere, en los casos que sea posible, la inclusión de la pareja. Realizar un abordaje de manera sistemática, ordenada nos permite realizar un trabajo pormenorizado con unas intervenciones básicas que aumenta la aceptabilidad del paciente, así como lograr una mayor tasa de éxito del tratamiento (Figura 3).

Figura 3. Algoritmo Abordaje no farmacológico de la disfunción eréctil.

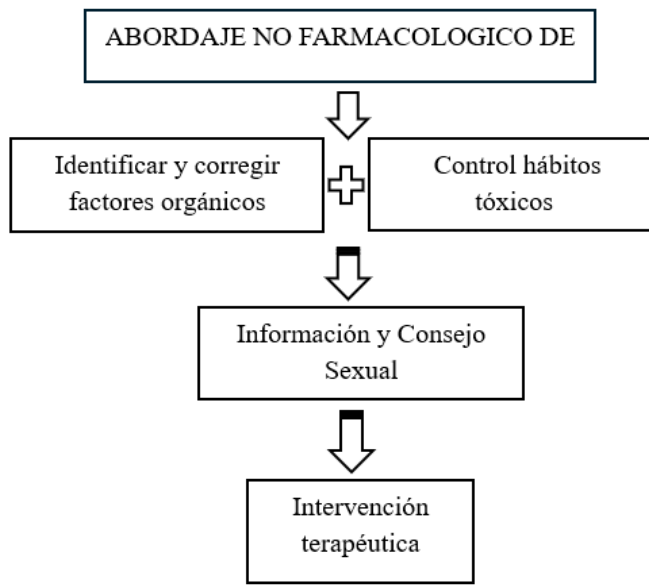


Figura de elaboración propia

En primera instancia, y por tanto en primera línea de tratamiento, es preciso identificar y corregir los procesos orgánicos que provocan y/o agravan el cuadro. El control de los factores de riesgo vascular se hace necesario, así como aconsejar cambios en el estilo de vida incluyendo el abandono de hábitos tóxicos (alcohol, tabaco y demás sustancias de abuso), fomentar el ejercicio físico y una dieta saludable para facilitar la mejora de la función endotelial del sistema vascular.

Una vez realizado los primeros pasos es preciso realizar un trabajo de información al paciente en el que se intervenga sobre mitos relacionados con la DE, se advierta de posibles condicionantes psicológicos y se realice consejo sexológico y asesoramiento sobre los siguientes aspectos:

1. Desgenitalización de la relación sexual y fomento de la sensualidad.
2. Relaciones sexuales flexibles y no finalistas.
3. Dedicarle tiempo a la sexualidad.
4. Desdramatizar si pese a todo, el encuentro sexual no ha transcurrido como era de desear.

Como paso final y dado el importante componente psicógeno asociado a la DE y sus consecuencias relacionales, en la mayoría de los casos e independientemente del origen habrá que incorporar técnicas de terapia sexual, un conjunto de técnicas y estrategias psicoterapéuticas que tienen como objetivo resolver los problemas sexuales y el malestar que provocan en el desempeño sexual de nuestros pacientes y sus parejas. En este caso se realizaría siguiendo el modelo establecido por Master y Johnson para la realización de ejercicios de Focalización Sensorial, de manera que se centre la atención en las sensaciones placenteras en todo el cuerpo y no sólo en los genitales (Tabla 4).

Tabla 4. Pasos y consejos para la Focalización Sensorial.

Paso 1	Caricias no genitales: Prohibición del coito
Paso 2	Caricias genitales por turnos.
Paso 3	Pérdida deliberada de erecciones.
Paso 4	Caricias mutuas completas.
Paso 5	Contacto genital no exigente.
Paso 6	Penetración sensual.
Paso 7	Coito en otras posiciones.
Consideraciones y consejos	<ul style="list-style-type: none"> • La concentración sensitiva consiste en tocar y ser tocado. • Comenzar sin ideas preconcebidas. Ser y experimentar en el aquí y ahora. • Actitud no evaluativa. No obligación de respuesta. Plantear expectativas realistas. • Adaptar los pasos a la pareja concreta. No ser rígidos. • Insistir en que si alguna vez pierde la erección no lo evalúe de forma tremendista. Crear clima de tolerancia a la frustración

Jurado AR, Sánchez F, San Martín C. Trastornos de la excitación. Mod 5, Tema 2. Máster en Sexología Médica UNEATLANTICO. Santander, 2022. Universidad Europea del Atlántico.

Dentro de las terapias a considerar dentro del abordaje no farmacológico de la DE y que se encuentran en la primera línea de tratamiento por su carácter poco invasivo encontramos:

- Dispositivos de erección de vacío (DEV): Dispositivo mecánico localizado alrededor del pene para generar presión negativa, empujar la sangre dentro del pene y causar una erección.
- Ondas de choque de baja intensidad: Indicada en DE de origen vascular y no respondedores a tratamiento farmacológico.

Como tratamiento de tercera línea no farmacológico a emplear tras el fracaso de todos los anteriores, nos encontraríamos con el tratamiento quirúrgico:

- Cirugía para la disfunción eréctil arteriogénica postraumática: En pacientes jóvenes tiene una tasa de éxito del 60-70%. La disfunción venooclusiva corporal es una contraindicación para dicho procedimiento.

- Implante de prótesis peneana: Constituye el último escalón de tratamiento, en pacientes que no responden a fármacos orales, ni a tratamiento intracavernoso, y cuando de-sean una solución definitiva.

ABORDAJE FARMACOLÓGICO

El abordaje de la DE ha experimentado un gran avance desde que en 1998 irrumpieran en el mercado los fármacos Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE-5) incluyéndose a día de hoy en la primera línea de tratamiento. Este grupo de fármacos orales actúan inhibiendo selectivamente a la PDE5, enzima responsable de la degradación de GMPc de manera reversible y potente, por lo que se produce un aumento de la concentración de GMPc, favoreciendo el cierre de los canales del calcio, la disminución de calcio intracitosólico y la relajación de la musculatura lisa facilitando así la erección.

Entre los fármacos pertenecientes a este grupo encontramos: sildenafil, tadalafilo, vardena-filo y avanafilo. Respecto a su dosificación, se recomienda, independientemente del fármaco, empezar con la dosis máxima disponible para después decidir la de continuidad en función de la eficacia alcanzada y los posibles efectos adversos y contraindicaciones en cada paciente. El inicio, la duración e interacciones varían entre ellos, pero en general todos los IPDE-5 producen mejoría en la calidad de las erecciones, así como la satisfacción global del paciente. La elección de uno de los cuatro IPDE5 dependerá tanto del perfil del paciente y sus expectativas sexuales como de las características farmacodinámicas de cada uno de ellos (Tabla 5).

Tabla 5. Fármacos Inhibidores de la Fosfodiesterasa 5 (IPDE-5).

IPDE-5	Sildenafil	Tadalafilo	Vardenafilo	Avanafilo
Dosis oral (mg)	12,5-25-50-100	5-10-20	5-10-20	50-100-200
Tiempo inicio efecto	60 minutos	30-60 minutos	60 minutos	15 minutos
Tmax	1 hora	2 horas	1 hora	30-45 minutos
Vida media (T _{1/2})	3-5 horas	17,5 horas	4-5 horas	6-17 horas
Efecto de los alimentos en Tmax	Retraso	No	Retraso	Retraso
Efectos adversos	Cefalea, rubor, rinitis, dispepsia, ITU, diarrea, mareos, visión borrosa.	Cefalea, dispepsia, mialgias, congestión nasal, rubor, dolor en extremidades.	Cefalea, rubor, rinitis, dispepsia, mareos, sdme. gripal, aumento de la creatinina.	Cefalea, rubor, congestión nasal/sinusal, dolor de espalda.

Información extraída de la ficha técnica

En pacientes con hipogonadismo es preciso considerar la terapia de restitución de testosterona ya que mejora la función eréctil e incrementa la respuesta de los IPDE-5.

También puede ser considerado un tratamiento farmacológico de primera línea para la DE la aplicación de alprostadilo en crema (300 µg de alprostadilo en 100 mg de crema). Se trata de un agente vasodilatador que se deposita en la entrada del meato uretral siendo eficaz en un plazo de 5 a 30 minutos y con una duración de su efecto de 1 a 2 horas. Debe utilizarse con una frecuencia máxima de una aplicación cada 24 horas y no más de 3 veces por semana. La mejoría de la DE con alprostadilo crema es a corto y largo plazo, con un inicio rápido de acción, lo que facilita las relaciones sexuales espontáneas.

Si el tratamiento farmacológico oral con IPDE-5 fracasa, se pasaría al tratamiento de segunda línea con la inyección intracavernosa de alprostadilo; único fármaco para uso intracavernoso aprobado por la AEMPS. El fármaco actúa directamente sobre el monofosfato de adenosina cíclico (AMPc) y es un iniciador de la erección que suele aparecer transcurridos de 5 a 10 minutos después de su inyección. Su calidad y duración depende de la dosis inyectada. Las complicaciones más frecuentes son, de mayor a menor frecuencia: dolor local, erecciones prolongadas, priapismo y fibrosis de los cuerpos cavernosos.

Como variante, encontramos la aplicación de alprostadilo intrauretral disponible en forma de microsupositorios que mediante un aplicador se administra en el interior de la uretra requiriendo de un masaje posterior. Se comercializa en dosis de 250, 500 y 1.000 mg. Con las dosis de 500 y 1.000 se han publicado tasas de eficacia del 30-65%. Su ventaja es su menor agresividad con respecto a la inyección intracavernosa pudiendo emplearse en pacientes que tienen miedo a pincharse o que han tenido alguna complicación. Como complicación y/o efecto secundario se podría producir dolor, quemazón o incluso sangrado uretral.

La terapia de combinación de fármacos orales con IPDE-5 e inyecciones intracavernosas de alprostadilo permite que un paciente aproveche los distintos modos de acción de los fármacos utilizados, así como aliviar los efectos adversos mediante el uso de dosis menores de un fármaco.

Como tratamientos innovadores en plena línea de investigación pendientes de aprobar su seguridad y eficacia para el tratamiento de la DE, se encuentran desde innovadores agentes vasoactivos y factores tróficos hasta terapia con células madre y terapia génica.

QUÉ ES PRIORITARIO HACER / CONCLUSIONES PRÁCTICAS

- Ante cualquier paciente con sospecha diagnóstica de disfunción eréctil es fundamental crear un entorno de confianza, de manera que este se sienta cómodo para discutir sobre un tema tan íntimo. Para ello nos puede ayudar el uso de un lenguaje claro y no técnico, mostrar empatía y realizar preguntas abiertas para que el paciente pueda describir sus síntomas sin sentirse juzgado.
- Realizar una evaluación integral con una historia clínica completa que incluya información detallada sobre el estado de salud general del paciente, sus hábitos de vida, su historial médico y sexual, así como realizar un examen físico exhaustivo para detectar

- posibles causas físicas como problemas vasculares u hormonales que puedan estar motivando la DE.
- Informar al paciente sobre la naturaleza de la DE. Explicar de qué se trata, sus posibles causas y las opciones terapéuticas. Educar al paciente respecto a la relación entre la DE y otras condiciones de salud, como enfermedades cardiovasculares y diabetes.
 - Explicar las opciones de tratamiento de forma clara, incluyendo la importancia de los cambios del estilo de vida, medicamentos y terapias psicosexuales. Asegurarnos de que el paciente tenga expectativas realistas sobre los resultados del tratamiento resulta de igual manera fundamental.
 - Realizar revisiones periódicas para evaluar la eficacia del tratamiento y hacer ajustes si es necesario, monitorizar la adherencia terapéutica y el impacto sobre la calidad de vida del paciente. Es fundamental realizar una evaluación periódica de igual manera de los factores de riesgo, así como de sus enfermedades crónicas, prestando especial importancia al control de la glucosa, presión arterial y el perfil lipídico.
 - Prevención integral desde la consulta. Fomentar los hábitos de vida saludables: promover una dieta saludable, fomentar la actividad física y cesación tabáquica, reducción del consumo de alcohol, optimizar el manejo del estrés...
 - Enfoque multidisciplinario. Colaborar con especialistas como urólogos, endocrinólogos, cardiol y psicólogos cuando sea necesario ya que favorece la efectividad del tratamiento por la naturaleza multifactorial del proceso.
 - Seguimiento personalizado. Un plan de manejo y prevención ajustado a las necesidades individuales del paciente es clave para una atención efectiva.

QUÉ NO DEBEMOS HACER COMO MÉDICOS DE AP

- Minimizar los síntomas o subestimar las quejas del paciente, la DE puede ser un indicativo de patología subyacente grave. La muestra de empatía y la escucha activa resultan fundamentales.
- No involucrar al paciente en las decisiones respecto al tratamiento. Se recomienda la toma de decisiones compartida.
- Prescribir sin una evaluación adecuada previa. Resulta crucial identificar y tratar cualquier condición que pueda estar causando la DE.
- Obviar las contraindicaciones del tratamiento con iPDE5, especialmente en pacientes en tratamiento con nitratos.
- Ignorar los aspectos psicológicos. Debemos tener en consideración la salud mental, la DE muy a menudo tiene un componente psicológico significativo. Debemos hacer una evaluación detallada de la salud mental del paciente y considerar la necesidad de derivar a un terapeuta sexual.

- Ignorar problemas de pareja. Debemos interesarnos acerca de la dinámica de relación del paciente y considerar la necesidad de valorar a la pareja.
- Derivar prematuramente. Antes de derivar a un especialista debemos intentar abordar la DE con intervenciones desde atención primaria: los cambios en el estilo de vida y tratamientos iniciales pueden ser efectivos. En caso de no resultar efectivas estas medidas, o en caso de existir indicios de condiciones médicas complejas que requieran una evaluación especializada, la derivación estaría justificada.

INFOGRAFÍA

Recomendaciones para el diagnóstico y evaluación de la DE

Recomendaciones	Calificación de fuerza
Tomar un historial médico-sexual completo de cada paciente	Fuerte
Incluir un examen físico en el estudio inicial y la evaluación de hombres con DE para identificar condiciones médicas subyacentes y trastornos genitales comórbidos que puedan estar asociados con la DE	Fuerte
Evaluar las pruebas de laboratorio de rutina, incluido el perfil de glucosa y lípidos y la testosterona total, para identificar y tratar cualquier factor de riesgo reversible y factores de estilo de vida que puedan modificarse	Fuerte
Usar un cuestionario validado sobre DE para evaluar todos los dominios de la función sexual y de cada tratamiento específico	Fuerte

Uroweb.org

Recomendaciones para el tratamiento de la DE

Recomendaciones	Calificación de fuerza
Informar completamente a los pacientes sobre el mecanismo de acción y cómo deben tomarse los IPDE5, ya que el uso incorrecto o la información inadecuada son las principales causas de la falta de respuesta a los IPDE5.	Fuerte
Dirigir al paciente a la terapia cognitivo-conductual como un enfoque psicológico (incluir a la pareja), cuando esté indicado, combinado con el tratamiento médico para maximizar los resultados del tratamiento.	Fuerte
Hablar con los pacientes que se someten a un tratamiento activo para el cáncer de próstata sobre el riesgo de cambios sexuales distintos de la DE, incluida la reducción del deseo sexual, los cambios en el orgasmo, la aneyaculación, la enfermedad de Peyronie y los cambios en el tamaño del pene.	Fuerte
Iniciar cambios en el estilo de vida y la modificación de los factores de riesgo antes o al mismo tiempo que se inician los tratamientos para la DE.	Fuerte
Utilizar los IPDE5 como terapia de primera línea para el tratamiento de la DE.	Fuerte
Utilizar inyecciones intracavernosas como terapia alternativa de primera línea en pacientes bien informados o como terapia de segunda línea.	Fuerte
Utilice alprostadil tópico/intrauretral como terapia alternativa de primera línea en pacientes bien informados que: <ul style="list-style-type: none"> ▪ no desean recibir o no son aptos para una terapia vasoactiva oral; ▪ no desean recibir inyecciones intracavernosas; ▪ en pacientes que prefieren una terapia menos invasiva. 	Débil

<p>Utilice un tratamiento con ondas de choque de baja intensidad con o sin IPDE5 en pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ con disfunción eréctil vasculogénica leve; ▪ como terapia alternativa en pacientes bien informados que no desean recibir o no son aptos para una terapia vasoactiva oral; ▪ con disfunción eréctil vasculogénica que responden mal a los IPDE5 	Débil
<p>Utilizar dispositivos de vacío en pacientes bien informados que solicitan un tratamiento no invasivo y sin fármacos para la disfunción eréctil.</p>	Débil
<p>Implante de una prótesis de pene si otros tratamientos fallan o según la preferencia del paciente. Los pacientes deben estar completamente informados de los beneficios y los daños asociados con el procedimiento.</p>	Fuerte
<p>Iniciar tratamientos pro-eréctiles lo antes posible después de una prostatectomía radical/cirugía pélvica y otros tratamientos curativos para el cáncer de próstata.</p>	Débil

Uroweb.org

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Sexual and reproductive health* [Internet]. Uroweb - European Association of Urology. [citado el 28 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health/chapter/management-of-erectile-dysfunction>.
2. *Guía clínica de Disfunción eréctil - Fistera* [Internet]. Fistera.com. [citado el 28 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/disfuncion-erectil/>
3. Jurado AR, Sánchez F, San Martín C. *Trastornos de la excitación. Mod 5, Tema 2. Máster en Sexología Médica UNEATLANTICO. Santander, 2022. Universidad Europea del Atlántico.*
4. Regueiro NP, Caballero FLP, Sánchez FS, Piza JM, Infante AF. *Novedades en el tratamiento de la disfunción eréctil. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria* [Internet]. 2023;30(5):218–29.
5. Montorsi F, Adaikan G, Becher E, Giuliano F, Khoury S, Lue T, et al. *Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. J Sex Med.* 2010;7(11):3572-3588.
6. Wespes E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, Moncada I, et al. *Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. Eur Urol.* 2013;62(2):324-332.
7. Nehra A, Jackson G, Miner M, Billups KL, Burnett AL, Buvat J, et al. *The Princeton III Consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. Mayo Clin Proc.* 2012;87(8):766-778.
8. Guirao Sánchez, L. et al. (2002) *Disfunción Eréctil en Atención Primaria Como posible Marca- dor del Estado de Salud: Factores asociados y respuesta Al Sildenafil, Atención Primaria.*

