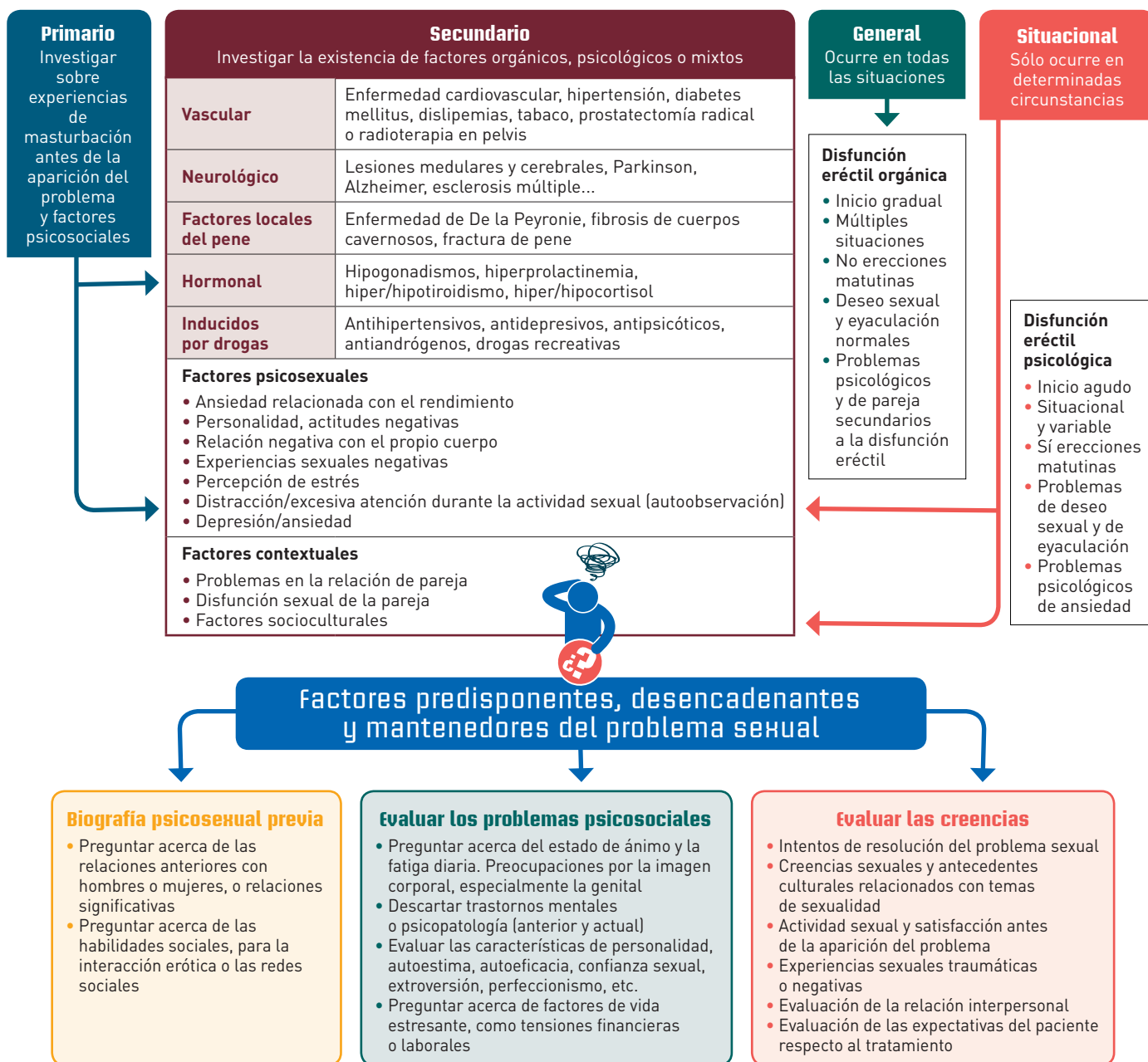


# Entrevista clínica para la disfunción eréctil

Francisca Molero Rodríguez  
Directora del Instituto Iberoamericano de Sexología. Codirectora del Institut de Sexologia de Barcelona

## OBJETIVO:

identificar el problema sexual y delimitar los factores contribuyentes



# Tratamiento farmacológico de la disfunción eréctil






Francisca Molero Rodríguez  
Directora del Instituto Iberoamericano de Sexología. Codirectora del Institut de Sexologia de Barcelona

el mayor problema de la disfunción eréctil es el **bajo porcentaje de afectados** que reciben tratamiento. El paciente no pregunta por vergüenza y por pensar que no hay solución, y los profesionales no facilitamos la demanda

la disfunción eréctil es una **patología multifactorial**. En el varón maduro, los factores orgánicos son los más relevantes, mientras que en el varón joven son los psicológicos (ansiedad de anticipación y de ejecución)



## Tratamientos aprobados en nuestro país

<p><b>Primera línea</b></p>	<p>► <b>Modificar hábitos de vida tóxicos y asesoramiento sexológico</b></p> <p>► <b>Inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IDP5):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sildenafil, 25, 50 y 100 mg. Dosis a demanda</li> <li>- Vardenafilo, 10 y 20 mg. Dosis a demanda</li> <li>- Tadalafilo, 10 y 20 mg (dosis a demanda), y 5 mg (tratamiento crónico diario)</li> <li>- Avanafilo, 50, 100 y 200 mg. Dosis a demanda</li> </ul> <p>► <b>Anillos constrictores y sistemas de vacío</b></p>	<p></p> <p><b>A FAVOR</b></p> <p>los IDP5 son muy bien tolerados y permiten individualizar el tratamiento</p>	<p></p> <p><b>EN CONTRA</b></p> <p>no están financiados por la Seguridad Social</p>
<p><b>Segunda línea</b></p>	<p>► <b>Modificar hábitos de vida tóxicos y asesoramiento sexológico</b></p> <p>Pacientes que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No responden a tratamiento oral</li> <li>• No pueden usar tratamiento oral</li> <li>• Tras cirugía radical pélvica</li> <li>• Desean una erección rápida y con rigidez total</li> </ul> <p>► <b>Inyecciones intracavernosas: alprostadil</b></p> <p>► <b>Tratamiento intrauretral. Bastoncillo con alprostadil</b></p>	<p></p> <p><b>A FAVOR</b></p> <p>financiados por la Seguridad Social</p>	<p></p> <p><b>EN CONTRA</b></p> <p>reacciones locales de dolor o irritación; su utilización es más laboriosa</p>
<p><b>Tercera línea</b></p>	<p>► <b>Modificar hábitos de vida tóxicos y asesoramiento sexológico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía vascular: primera línea de tratamiento en grupo seleccionado de pacientes jóvenes con disfunción eréctil arteriogénica postraumática</li> </ul> <p>► <b>Prótesis de pene</b></p>	<p></p> <p>Requieren cirugía, por lo que se pueden producir secuelas quirúrgicas</p>	

## Mitos en disfunción eréctil

**1**

La idea todavía vigente de que todos estos tratamientos tienen efecto por sí solos sin necesidad de estimulación sexual y erótica previa.

**2**

La creencia de que seguir estos tratamientos implica una erección inmediata y espontánea.

**3**

Miedo al riesgo de muerte por hechos acaecidos a personas públicas relacionados erróneamente con estos tratamientos.