

ENTREVISTA

«La detección activa de la disfunción eréctil y la promoción de la salud sexual debe ser objetivo de todos los profesionales sanitarios»

Dra. Ana María Segura Paños

Andróloga. Médico especialista en Medicina Sexual y Reproductiva. Unidad de Andrología. Hospital General Universitario de Alicante



–Hoy en día, ¿sigue siendo difícil hablar de disfunción eréctil en la consulta de atención primaria?

–Sí. Es cierto que en los últimos años, gracias por un lado a la aparición de los fármacos vía oral en el mercado y por otro a la mayor sensibilización de las disfunciones sexuales por parte de la población general y sanitaria, ha aumentado el número de visitas por disfunción eréctil en nuestras consultas.

Sin embargo, sigue siendo un tema difícil de abordar por ambas partes (paciente y médico). El desconocimiento de esta patología y sus implicaciones, la presión asistencial a la que estamos sometidos y la creencia de que es un tema tabú, hace que estos síntomas pasen desapercibidos, a pesar del impacto emocional que tiene para el paciente y la consecuente afectación de su calidad de vida.

La historia sexual debería estar sistematizada en la historia clínica del paciente. Hay que entender la salud sexual como parte de la salud general del individuo.

–¿Cómo se aconseja abordar el tema de la disfunción eréctil en la consulta de atención primaria?

–Como se aborda cualquier otro problema de salud. Hay que preguntar por la disfunción eréctil y hacerlo con la misma naturalidad con que preguntamos por cualquier otro síntoma, teniendo siempre en cuenta las peculiaridades de cada paciente y procurando encontrar un momento adecuado para el abordaje de la disfunción.

Es mejor evitar preguntas que se contesten con Sí o No. Es aconsejable utilizar lo que llamamos preguntas abiertas que dan la oportunidad al paciente de hablar. Por ejemplo si preguntamos: «Hay muchos hombres con el colesterol alto que tienen dificultades para mantener relaciones sexuales; ¿le pasa algo de esto a usted?» daremos más confianza y posibilidad de hablar que si preguntamos «¿tiene problemas en su vida sexual?», donde la respuesta es sí o no.

–¿Qué fundamento tiene considerar la disfunción eréctil como un síntoma centinela? ¿Lo es en todos los casos?

–El conocimiento adquirido sobre el mecanismo de la erección ha hecho que cambiemos el concepto de la disfunción eréctil. Ya no la consideramos como una complicación secundaria, si-

no un auténtico marcador de salud en el hombre, lo que le ha valido el nombre de síntoma centinela.

La relación existente entre la disfunción eréctil y la enfermedad cardiovascular es indiscutible. Sabemos que la disfunción eréctil es una de las primeras manifestaciones de enfermedad cardiovascular y que aparece unos años antes que otros eventos más graves para la salud del paciente (infarto de miocardio, ictus, etc.).

En un número no despreciable de casos encontramos comorbilidades (diabetes mellitus, dislipemias, hipertensión arterial, etc.) previamente no diagnosticada, aunque esto siempre no es así. El padecer una disfunción eréctil no siempre implica tener otra patología, pero sí nos obliga a permanecer alerta en aquellos hombres con factores de riesgo cardiovascular que nos consulten por esta disfunción.

Hay que entender la disfunción eréctil como una oportunidad de abordar otros aspectos de la salud del hombre, lo que puede permitir el diagnóstico precoz de otras entidades.

–Desde la perspectiva del médico, ¿es difícil abordar el tema de la disfunción eréctil en la consulta?

–No debería de serlo. Ya hemos comentado que hay que hablar como hablamos en la consulta de cualquier otro síntoma, pero creo que la experiencia aquí juega un papel importante.

Cuanto más preguntemos y veamos cómo responden nuestros pacientes, más fácil nos será preguntar. Hay que destacar también la importancia del conocimiento que se tenga sobre la disfunción eréctil. La escasa formación al respecto, el no conocer los procedimientos diagnóstico-terapéuticos, pueden suponernos una traba a la hora de abordarla.

–¿Hay que dejar al paciente iniciar la conversación sobre disfunción eréctil? ¿O es recomendable que el médico haga una búsqueda proactiva de problemas de disfunción eréctil?

–Si el paciente quiere, por supuesto que hay que dejarlo, pero no es lo más habitual. La mayoría de los pacientes prefiere que sea su médico el que inicie la conversación y que les proporcione un ambiente de confianza adecuado. La detección activa de la disfunción eréctil y la promoción de la salud sexual debe ser objetivo de todos los profesionales sanitarios.

Es importante saber identificarla para aflorar patología subyacente y para mejorar la calidad de vida del paciente y su pareja, estableciendo con ambos miembros de la pareja, siempre que sea posible, la mejor opción terapéutica. Si no está en nuestra mano la posibilidad de tratar al paciente podemos derivarlo, pero debemos ser capaces de diagnosticar.

–¿Qué aportan las técnicas de coaching-salud sobre el arte de preguntar sobre la disfunción eréctil?

–Para hablar de temas difíciles es fundamental una buena comunicación. Esto es válido para todos los ámbitos de

nuestra vida. El coaching nos ayuda a optimizar nuestras relaciones y nos aporta herramientas para mejorar nuestra comunicación. En el caso de la disfunción eréctil el coaching nos puede ayudar a mejorar la comunicación con nuestros pacientes, enseñándonos a preguntar con habilidad, salvando las barreras para abordar un tema tan íntimo como la sexualidad.

Estamos muy habituados a dar pautas de actuación a nuestros pacientes, pero no lo estamos tanto para escuchar y asesorar, lo que es tan importante como prescribir un tratamiento. El coaching nos enseña también a escuchar y a mostrar empatía. ■

Coaching en disfunción eréctil

Cómo ganar habilidades de comunicación médico-paciente

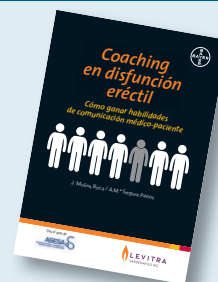
Jaci Molins Roca. Médico, psicoterapeuta familiar, coach-salud,

Ana María Segura Paños. Andróloga

Esta monografía tiene por objetivo proporcionar al médico una guía rápida y de aplicación práctica en la clínica diaria que le sirva para realizar un abordaje efectivo y proactivo de la disfunción eréctil.

Las autoras exponen los conceptos y las habilidades básicas del coaching-salud encaminado a optimizar la comunicación con el paciente, y se analizan situaciones específicas del abordaje de la disfunción eréctil en la consulta.

La guía ha sido editada por Ediciones Mayo con el patrocinio de Bayer y ha obtenido el aval de la Asociación Española de Andrología (ASESA).



Guía rápida

para el abordaje de la disfunción eréctil

Antes de empezar

- **Tomar conciencia** de la importancia de la disfunción eréctil (DE):
 - La **salud sexual** es parte de la salud del paciente.
 - Podemos mejorar la **calidad de vida** del paciente.

- La DE es un **marcador de salud** (síntoma centinela)¹⁴.
- Alta **prevalencia** (18,9% entre los 25 y los 70 años)¹⁶.
- Patología **infradiagnosticada e infratratada**.

Durante la visita

- **Preguntar por la función sexual** de manera sistemática (detección activa).
- Ser consciente de las **barreras para el diálogo**: pudor, cuestiones culturales o religiosas, temor del paciente a patologías subyacentes, falta de tiempo, falta de formación específica, etc.
- ¿Qué hacer cuando el **paciente refiere problemas de erección**?
 - Legitimar su preocupación («*Comprendo que se sienta...*»).
 - Empatizar con él.
 - Normalizar la situación («*Muchos pacientes refieren el mismo problema...*»).

- ¿Qué hacer cuando el **paciente no refiere activamente problemas de DE**?
 - Preguntar activamente:
 - Con naturalidad.
 - Utilizando herramientas del coaching-salud (pastel de la diabetes, escala de preocupaciones, preguntas abiertas...).
 - Mejorar nuestra competencia comunicativa prestando atención tanto al lenguaje verbal como al no verbal (mirada, postura, correlación entre lo que se dice y los gestos...).
 - ¿Cómo **abordar la disfunción eréctil**?
 - Historia clínica general.
 - Historia sexual y psicosocial.
 - Examen físico.
 - Exploraciones complementarias.

Establecer las causas de la DE y el factor etiológico predominante.

- Establecer el tratamiento (consejo sexual, patologías asociadas, tratamiento farmacológico, derivación al especialista, control...).

Control y seguimiento

- **Adherencia al tratamiento.** Intentar averiguar cuáles son los obstáculos que impiden que un paciente no siga correctamente el tratamiento:
 - Creencias previas (información negativa sobre el fármaco, por ejemplo).
 - Problemas de administración.
 - Falta de participación de la pareja.

- **Individualizar el tratamiento**, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias del paciente.
- **Reconocer los cambios** y logros del paciente («*Me alegra que en la visita de hoy le acompañe su pareja*»).
- Buscar el **compromiso** del paciente.

* (v. refs. en las secciones de bibliografía de esta obra)