



Revista Internacional de Andrología

www.elsevier.es/andrologia



ORIGINAL

El diagnóstico y el tratamiento de disfunción eréctil en España: la opinión del médico de atención primaria. Proyecto «Atlas de la disfunción eréctil en España»



Ana Puigvert-Martínez^{a,*} e Rafael Prieto-Castro^b, en nombre del grupo de estudio «Atlas de la disfunción eréctil en España»[◇]

^a Institut d'Andrologia i Medicina Sexual (landroms), Barcelona, España

^b Unidad de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva, Hospital Regional Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Recibido el 3 de septiembre de 2014; aceptado el 16 de diciembre de 2014

Disponible en Internet el 4 de marzo de 2015

PALABRAS CLAVE

Disfunción eréctil;
Inhibidores de la
fosfodiesterasa 5;
Atención primaria;
Diagnóstico;
Tratamiento

Resumen

Objetivo: Analizar la actitud del médico de atención primaria (AP) de España hacia el abordaje, el diagnóstico y el tratamiento de la disfunción eréctil (DE).

Material y método: Estudio descriptivo basado en 2 cuestionarios cumplimentados por 544 médicos de AP que tratan habitualmente pacientes con DE donde expusieron su percepción acerca de aspectos relativos al diagnóstico y tratamiento de la DE, y sobre cómo mejorar su infradiagnóstico y el infratratamiento. Las preguntas fueron valoradas mediante una escala Likert continua del 1 al 7.

Resultados: Entre varones ≥ 20 años de los que se disponía de un registro de la DE, la prevalencia de DE fue de 4,4%. La DE se considera un aspecto de salud importante y un síntoma centinela. No suele estar incluida en la historia clínica (26,5%) y se aborda con más frecuencia ante factores de riesgo, sobre todo ante la toma concomitante de medicamentos. El médico varón tendría más empatía hacia el hombre con DE, pero no parece diagnosticar mucho más que las mujeres. La edad no influenciaría el diagnóstico. La falta de tiempo y de formación son las principales barreras para un correcto abordaje. La formación es necesaria para mejorar el infradiagnóstico. La DE suele tratarse desde la AP cuando se asocia a trastornos manejados en este nivel asistencial.

Conclusiones: Es necesario emprender acciones que contribuyan a mejorar el diagnóstico de la DE en España, lo que permitirá a su vez la detección precoz de comorbilidades subyacentes y mejorar la salud y calidad de vida del paciente.

© 2014 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ampuigvert@gmail.com (A. Puigvert-Martínez).

[◇] Anexo 1.

KEYWORDS

Erectile dysfunction;
Phosphodiesterase 5
inhibitors;
General practitioner;
Diagnosis;
Treatment

Diagnosis and treatment of erectile dysfunction in Spain: The opinion of primary care physicians. «Atlas of the erectile dysfunction in Spain» project**Abstract**

Objective: To analyze the attitude of primary care (PC) physicians in Spain regarding the approach, diagnosis and treatment of erectile dysfunction (ED).

Material and method: Descriptive study based on two questionnaires filled out by 544 PC physicians who regularly treat patients with ED where they shared their perception about issues relating to the diagnosis and treatment of ED, and how to improve its underdiagnosis and undertreatment. Questions were rated using a continuous 1 to 7 Likert scale.

Results: Among males aged ≥ 20 for whom there was a record of ED, prevalence of the condition was 4.4%. ED is considered a very important health issue and a sentinel symptom. ED is not usually included in the medical record (26.5%) and physicians address the condition more often in the presence of risk factors, especially with the concomitant intake of drugs. Male doctors appear to have more empathy for men with ED, but they do not appear to diagnose the condition with more frequency than their women counterparts. Age does not appear to influence diagnosis. The lack of time and training are the main barriers for a correct approach. Training is required to improve the underdiagnosis. ED is usually treated when it is associated to disorders at this level of healthcare.

Conclusions: Actions are needed to help improve the diagnosis of ED in Spain, which in turn will allow early detection of underlying comorbidities and improve the health and quality of life of the patient.

© 2014 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La disfunción eréctil (DE) es un problema frecuente en el varón, que afecta a su salud física y psicosocial y que puede tener un importante impacto en su calidad de vida y en la de su pareja¹⁻³. La DE se considera un importante marcador del estado de salud general de los varones⁴, que se asocia a un mayor riesgo de padecer enfermedad coronaria⁵ y a un incremento de la mortalidad por cualquier causa, especialmente cardiovascular⁶. El estudio «Epidemiología de la disfunción eréctil masculina» (EDEM) ha demostrado que en nuestro país la DE afecta al 18,9% de los varones de entre 25 y 70 años⁷.

Pese a su alta prevalencia y a sus repercusiones, y al impuso dado a su conocimiento y diagnóstico desde la aparición de los tratamientos orales (inhibidores de la fosfodiesterasa 5 [iPDE5])⁸, la DE sigue siendo en nuestros días una enfermedad infrarreconocida, infradiagnosticada e infratratada⁹. Diversos estudios han evidenciado que, con bastante frecuencia, el varón con DE no suele reconocer que tiene un problema, le resta importancia o le resulta violento comentarlo con el médico, lo que hace que pocos varones busquen consejo facultativo⁹⁻¹³. En un estudio reciente realizado en nuestro país, en el que participaron 512 varones que habían experimentado alguna vez algún problema de erección, solo un 20% manifestó haber buscado solución a sus problemas, en la mayoría de los casos acudiendo al médico, y tardó una media de 1,7 años en hacerlo¹⁴. Por otro lado, en otro estudio realizado en 2011 en nuestro país con 1.531 varones, hasta el 78% de estos manifestaron que el médico nunca les había preguntado acerca de la calidad de su salud sexual¹⁵.

El médico de atención primaria (AP) está en una posición idónea para evaluar la posibilidad de que sus pacientes varones padezcan DE por tratarse de la puerta de entrada al sistema sanitario. Se desconoce la actitud hacia la DE del médico de AP en nuestro país en relación con el abordaje, el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad. El objetivo de este trabajo es analizar estos aspectos.

Métodos

En 2012 la Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA) puso en marcha el proyecto «Atlas de la disfunción eréctil en España», un proyecto realizado por médicos de AP destinado a profundizar en cómo se aborda la DE en nuestro país y en cada una de las comunidades autónomas (CC. AA.) que lo configuran, con el fin de conocer el porqué del infradiagnóstico y del infratratamiento en nuestro entorno, tanto por parte del médico y del sistema sanitario como del paciente. En el proyecto participaron médicos de AP que aportaron su percepción acerca de todos estos aspectos, tanto desde su propia experiencia como desde la de su entorno. Se recogió la opinión de 544 médicos que manifestaron tratar habitualmente la DE y que estaban interesados en participar en el proyecto.

Recogida de datos

Cada participante cumplimentó 3 cuestionarios consecutivos que indagaron acerca de la prevalencia de DE en la consulta y los aspectos relativos al diagnóstico y al tratamiento (cuestionario 1); aspectos relacionados con la vivencia de la DE por los pacientes (cuestionario 2); y acciones necesarias

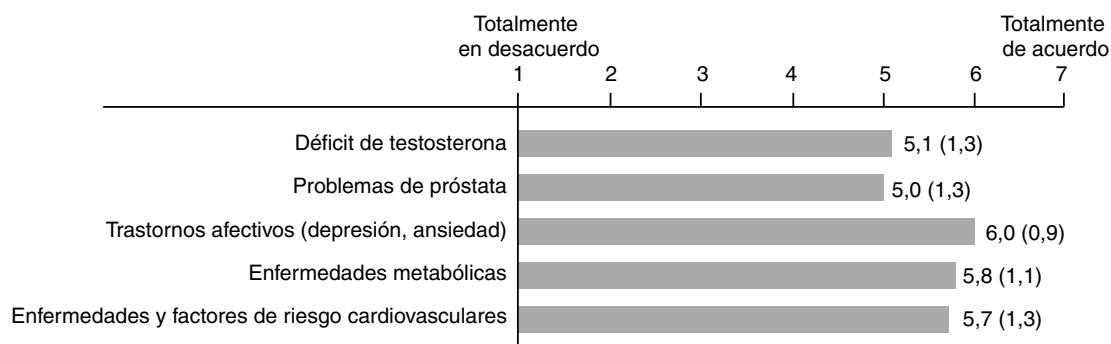


Figura 1 Relación que establece el médico entre la disfunción eréctil y distintas enfermedades; media (desviación estándar).

para incrementar el diagnóstico de la DE (cuestionario 3). La selección de las preguntas a realizar y la validación del enunciado y de las respuestas posibles fue llevada a cabo por un Comité de expertos formado por 2 coordinadores nacionales pertenecientes a la sociedad promotora (ASESA) y un médico de AP representante de cada una de las 17 CC. AA. (coordinadores regionales). Los aspectos abordados en el cuestionario incluyeron preguntas de cuantificación porcentual de tipo continuo, y enunciados cuya opinión subjetiva al respecto fue valorada por el médico siguiendo una escala de tipo Likert valorada del 1 al 7. Únicamente se utilizaron valoraciones en los extremos de la escala («nunca/siempre» o «totalmente en desacuerdo/totalmente de acuerdo»), de forma que la puntuación dada aportara un estimado cuantitativo de la magnitud de la actitud. Se presenta la puntuación media para cada una de las respuestas. Las preguntas se formularon tanto de forma positiva como negativa, por lo que el grado de desacuerdo muestra la adherencia a la idea positiva. El cuestionario 3 incluyó propuestas cuya prioridad se puntuó del 1 (máxima prioridad) al 5 (mínima prioridad) y preguntas abiertas (sugerencias). Se presentan solo los aspectos más relevantes del primer y tercer cuestionarios.

Análisis estadístico

La distribución por CC. AA. de los médicos participantes no fue proporcional a la del universo de médicos de AP, según datos de 2008 del Sistema Nacional de Salud disponibles, lo que fue corregido en el análisis conjunto de datos mediante un factor de ponderación estadístico que logró reestablecer la proporcionalidad con un nivel de precisión del 4,2% (muy aceptable). Las variables cualitativas se expresan mediante frecuencias absolutas. Las variables cuantitativas se expresan mediante la media y desviación estándar. El análisis se realizó con el paquete estadístico SAS v.9.2.

Resultados

Características de los médicos participantes y de los pacientes visitados

El 69,5% de los médicos participantes fueron varones. El 49,2% tenía entre 46 y 55 años y el 32,1% ≥ 56 años. El 97,2% de los médicos desarrollaba su actividad profesional en el entorno urbano, y el 78,1% lo hacía únicamente en un centro público. De forma global, el 95,5% del trabajo se

desarrollaba en centros públicos. Entre los varones visitados por los médicos participantes el 37,1% era > 41 años y el 40,2% > 61 años. Solo 287 de los 544 médicos participantes (52,7%) tenía registrada la DE en las historias clínicas de sus pacientes. El 4,4% de los pacientes ≥ 20 años tenía DE diagnosticada.

Percepción de la disfunción eréctil

Por lo general, la DE se considera moderadamente importante (grado de desacuerdo con el enunciado negativo: 3,6/7) y existe un alto grado de aceptación con que está infradiagnosticada (6,5/7). Por lo general, los médicos consideran que se trata de un síntoma centinela (grado de acuerdo 5,8/7), lo que se pone de manifiesto en la relación que le atribuyen con otras enfermedades: sobre todo depresión o ansiedad, enfermedades metabólicas y cardiovasculares (fig. 1).

Situaciones en las que se aborda la disfunción eréctil

En general, los médicos de AP coinciden en que es su responsabilidad indagar la posibilidad de DE entre sus pacientes (grado de desacuerdo con el enunciado negativo: 1,8/7). El 42,7% de los médicos afirma tener pautado preguntar de forma rutinaria por la presencia de DE u otra disfunción sexual durante la anamnesis, aunque solo el 26,5% de los médicos afirma que estos aspectos están incluidos en las historias clínicas informatizadas. El número medio de diagnósticos de DE es superior entre aquellos médicos que de forma rutinaria incluyen la DE en la anamnesis (3,9 vs. 2,5 cuando no se incluye).

El 57,4% de los médicos afirma que indaga acerca de la DE ante la existencia de factores de riesgo, y un 6,5% que lo hace siempre (fig. 2). Entre los factores de riesgo propuestos —edad, presencia de comorbilidades y la toma de medicamentos que afectan a la función eréctil— este último es el más considerado, seguido de la presencia de comorbilidades. Los perfiles de pacientes donde se abordaría con más frecuencia la DE se muestran en la figura 2.

La influencia del género y de la edad

Los médicos afirman haber diagnosticado la DE en sus pacientes en la mayoría de los casos (73,6%). Al segmentar por el

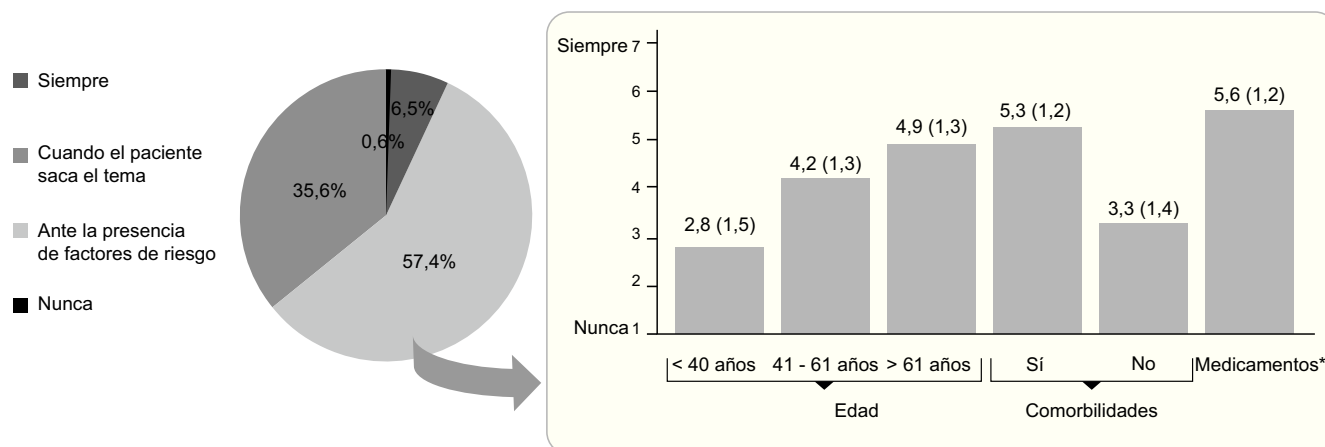


Figura 2 Cuándo aborda el médico la disfunción eréctil y factores de riesgo ante los que la aborda con más frecuencia; media (desviación estándar).

* Medicamentos que afectan a la función eréctil.

género del médico se observó que esta opinión fue mantenida por el 74,4% de los médicos de género masculino, frente a un 68,0% de médicos de género femenino. De acuerdo a su opinión, los primeros tendrían una mayor empatía hacia el varón con DE (grado de acuerdo: 5,3/7) que la segundas (grado de desacuerdo con que la empatía sea mayor en estas: 3,0/7). Por el contrario, existe menos consenso en lo que respecta a cómo afectaría la edad del médico, considerándose que tanto el médico joven (grado de acuerdo: 4,3/7) como el de mayor edad (grado de acuerdo: 4,5/7) tendrían mayor empatía hacia este paciente.

Barreras al abordaje de la disfunción eréctil

Los médicos dan la misma importancia a la falta de tiempo en la consulta (grado de acuerdo: 4,7/7) que a la falta de información/formación específica (grado de acuerdo: 4,1/7). No se considera que se promueva la detección precoz ni la prevención de la DE en su ámbito (grado de desacuerdo con la idea de que se promueva: 3,1/7). El uso de cuestionarios específicos para el diagnóstico de la DE no está muy extendido (grado de desacuerdo con que se usen de forma rutinaria: 3,2/7).

El tratamiento de la disfunción eréctil

La figura 3 muestra la frecuencia con la que algunos perfiles de pacientes se consideran aptos para ser tratados desde la AP, aquellos en los que se cree que se intenta el tratamiento y se deriva al especialista en caso de fracaso, y aquellos que son directamente derivados al especialista. El 78% de los médicos considera que la DE leve se puede tratar desde la AP, frente a un 47% si es moderada, y un 7,7% si es grave. De forma global, más de un 50% de los médicos considera aptos para ser tratados desde la AP a los pacientes que toman medicamentos que pueden afectar a la función eréctil, a los que tienen hipertensión arterial, diabetes o ansiedad/depresión, o a los de mayor edad. La edad y la presencia de comorbilidades o antecedentes no abordados en AP están directamente relacionadas con el grado de

derivación al especialista. Existe una gran aceptación con que, además del tratamiento, se ha de educar al paciente en diversos aspectos de esta enfermedad.

Propuestas de mejora

Se recogió información acerca de estas propuestas de mejora de un total de 533 médicos. Entre las propuestas de acciones destinadas a mejorar la situación de infradiagnóstico e infratratamiento de la DE, la considerada prioritaria fue la formación médica (prioridad de grado 1/5) (fig. 4). Entre las sugerencias recogidas destacaron la realización de cursos y charlas formativas dirigidas a médicos (77% de los participantes) y, muy por debajo (18%), la realización de campañas dirigidas al público general destinadas a informar sobre la DE y promover su diagnóstico. Otras sugerencias, como la realización de protocolos de actuación o la elaboración de cursos *on-line* fueron expuestas por $\leq 5\%$ de los participantes.

Discusión

El presente estudio pone de manifiesto varios aspectos relacionados con el abordaje, el diagnóstico y el tratamiento de la DE que merece la pena comentar. El primero es, una vez más, el importante infradiagnóstico de este trastorno en nuestro país: solo cerca de 5 de cada 100 varones con problemas de erección están diagnosticados de DE. Esta cifra es considerablemente inferior a la observada en la población general (18,9%)⁷, e indica que solo un 23,4% de los casos potenciales de DE estarían diagnosticados. Esta situación es aún más grave si se tiene en cuenta que el 40% de los varones tratados por los médicos participantes en este estudio era mayor de 61 años, un porcentaje que duplica al 20% que supone este segmento de edad en la población general¹⁶. A modo de aproximación, si se toman en cuenta los datos de venta de iPDE5 de 2011¹⁷, el 51,4% de los pacientes con DE diagnosticados según este estudio recibiría tratamiento, lo que indicaría que la DE estaría también infratratada.

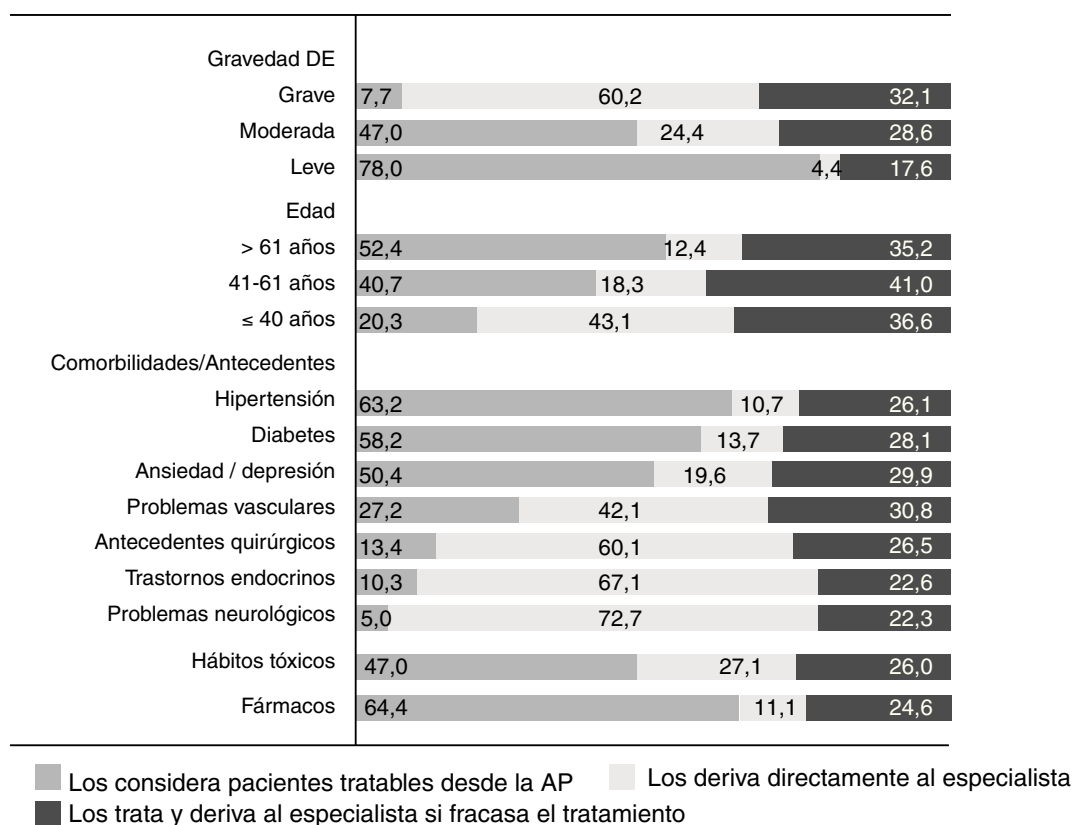


Figura 3 Perfiles de pacientes que se consideran tratables desde la atención primaria.

Existen pocos estudios que hayan analizado recientemente los factores que influyen en el diagnóstico de la DE en AP, y los pocos disponibles, basados en reuniones de grupo implicando entre 22 y 28 médicos, lo han hecho en entornos socioculturales y sanitarios diferentes al nuestro (sudeste asiático)¹⁸⁻²⁰. Sin embargo, los resultados de estos y los del presente estudio muestran varias similitudes. Entre los factores analizados destaca la alta frecuencia con que no se solicitan datos sobre la DE en la historia clínica informatizada en nuestro país (73,5%), lo que deja a criterio del médico el indagar o no acerca de la posibilidad de DE. Este aspecto es de especial relevancia si se tiene en cuenta que la inclusión de la DE en la anamnesis resultó en un mayor diagnóstico, a juzgar por las cifras aportadas por los propios médicos. El beneficio de incluir los aspectos relacionados con la esfera sexual en la historia clínica del paciente ha sido resaltado desde hace décadas²¹. Es posible que el

infradiagnóstico de la DE pueda deberse también a que no se considera un problema importante, sino de «estilo de vida», como también ha sido puesto de manifiesto en otros estudios^{19,20}. Los médicos afirman que valoran la posibilidad de DE sobre todo ante la existencia de factores de riesgo. Esta actitud está en consonancia con el reconocimiento de la DE como un síntoma centinela y la relación que le atribuyen con otras enfermedades, sobre todo las metabólicas y cardiovasculares, con una alta prevalencia en nuestro país. Este abordaje preferente de la DE ha sido también destacado en otros estudios para evitar un uso recreativo y abusivo de los iPDE5, sobre todo teniendo en cuenta que el diagnóstico de la DE no se basa en una prueba objetiva, sino en hechos referidos por el paciente^{18,19}. La mayor relación atribuida a los trastornos afectivos, como la depresión, estaría originada por la relación bidireccional de ambas enfermedades²². El abordaje de la DE ante la toma de medicamentos que

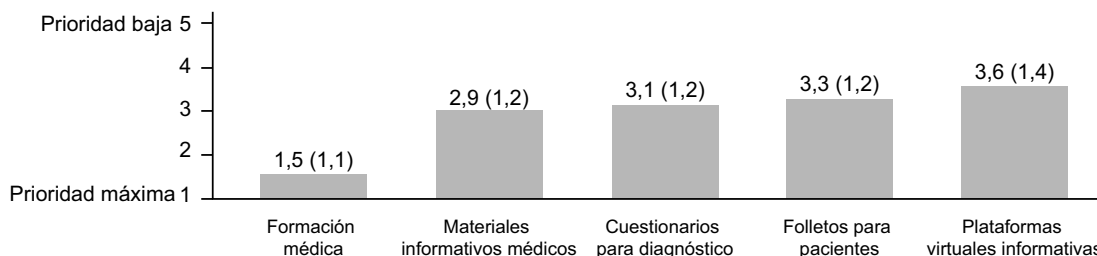


Figura 4 Opinión acerca de la prioridad de acciones para mejorar el diagnóstico y tratamiento de la disfunción eréctil; media (desviación estándar).

afectan a la función eréctil ha sido también resaltado en uno de los estudios comentados anteriormente¹⁸.

Se constató un mayor diagnóstico de casos de DE por parte de los facultativos varones, lo cual sería de esperar por la mayor facilidad que le supondría al varón con DE el poder comentar su problema con un médico de su mismo sexo y, por otro lado, la mayor empatía que pueden tener estos médicos por sus congéneres. Este último aspecto fue especialmente destacado por los médicos participantes en el estudio, y no parece guardar relación con una mayor participación de médicos varones. Se desconoce si esta mayor empatía se traduce en un mayor abordaje proactivo de la DE, como ha sido puesto de manifiesto en otro estudio¹⁸. En cualquier caso, merece la pena destacar que las diferencias de sexo no se tradujeron en una gran diferencia de diagnóstico de DE, lo que indica que en nuestro país el diagnóstico de la DE no sería «una cosa de hombres». Se desconoce si esto puede ser debido a una mayor concienciación de la mujer acerca de las implicaciones de la DE sobre la salud del varón, lo que les ha inducido a explorarla proactivamente. Por el contrario, la edad del médico no guardó relación con el diagnóstico de DE.

La aparición de los iPDE5, unido a las campañas de concienciación alrededor de estos, han transformado el grado de conocimiento del varón acerca de la DE. Esto ha favorecido que el médico de AP adquiriera mayor protagonismo en el abordaje de la DE. No sorprende por ello que la falta de información y de formación específica destacase como una barrera al diagnóstico al mismo nivel que la falta de tiempo en la consulta, y que fuese la acción considerada de mayor prioridad, tanto sugerida como espontánea, para mejorar la situación de infradiagnóstico. El uso de cuestionarios específicos de diagnóstico no se considera una prioridad, probablemente por el tiempo requerido para que el paciente pueda responderlos.

El tratamiento de la DE en AP no fue analizado en profundidad, revelándose únicamente una serie de pautas en función del perfil del paciente, que indicarían que el médico considera que la DE se puede tratar desde la AP cuando se asocia a trastornos tratados a este nivel asistencial. Estudios que han analizado los factores que influirían en el tratamiento de la DE destacan que, aunque el desconocimiento de los efectos adversos o el miedo a los efectos adversos cardiovasculares podrían ser un motivo para no prescribir los iPDE5, también influirían otros aspectos, como la falta de confianza, la contribución a la polimedicación o el alto coste de los tratamientos¹⁸⁻²⁰. Todo ello contribuiría a que una vez superadas las barreras para que se aborde la DE en el paciente, no siempre resulte en su tratamiento⁹.

Es necesario resaltar algunas limitaciones que pueden afectar a la interpretación de estos resultados. Entre ellas, la muestra participante, cuyos integrantes comparten una sensibilidad hacia el abordaje de la DE y un interés por participar en este proyecto, por lo que pueden no ser representativos del universo de médicos de AP de España. El interés hacia la DE puede haber influido en la edad y el sexo de los médicos participantes. No puede descartarse que un factor tenga repercusión sobre el otro, de forma que al participar médicos de mayor edad el porcentaje relativo de varones aumente si se tiene en cuenta que la tendencia a la incorporación de mujeres en el ejercicio de la medicina es relativamente reciente¹⁶. Como todos los estudios de

opinión, en casos puntuales puede estar afectada por un sesgo de deseabilidad social. Sin embargo, los resultados observados en cuando a los factores que influyen en el diagnóstico de la DE no difieren de otros observados en entornos culturales y sanitarios diferentes, lo cual podría indicar que son comunes en muchos medios. La información se recogió en función de preguntas cerradas, lo que deja fuera otros aspectos que podrían ser de interés para valorar los resultados. Parte de los datos recogidos, como los utilizados para calcular la tasa de diagnóstico, son objetivos, por lo que permiten perfilar la situación de infradiagnóstico de la DE en nuestro país.

Los hallazgos de este estudio ponen de manifiesto la necesidad de emprender acciones que contribuyan a mejorar el diagnóstico de la DE en España, lo que permitirá a su vez la detección precoz de comorbilidades subyacentes. Todo ello repercutirá en una mejor salud y calidad de vida del paciente. Es necesario ahondar en los factores que influyen en un adecuado tratamiento con el fin de mejorar la situación de infratratamiento.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

El presente estudio fue promovido por la Sociedad Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA) con el apoyo de Bayer Healthcare España.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen a todos los médicos de Atención Primaria que participaron en el «Atlas de la disfunción eréctil en España». También agradecen a Beatriz Viejo, PhD su contribución en la redacción y edición del manuscrito.

Anexo 1. Grupo de estudio «Atlas de la disfunción eréctil en España»

Coordinadores nacionales: Ana M.^a Puigvert Martínez (Expresidenta de ASESA) y Rafael Prieto Castro (Presidente ASESA). Coordinadores regionales: Joaquín Amaya Gutiérrez, José Luis Arrondo Arrondo, Ander Astobieta Odriozola, José Ramón Cortiñas González, Safwan Escaf Barradah, Jesús Fernández Rosaenz, Ferran García José,

Luis García-Giralda Ruíz, Pedro Ramón Gutiérrez Hernández, Jesús Mateos Blanco, Segundo Martín Santisteban, Juan Ignacio Martínez Salamanca, José María Monje Millares, Luis Rodríguez Vela, Juan Luis Sanz Migueláñez, Ana María Segura Paños, Manuel Varela Salgado.

Bibliografía

1. 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;151:54–61.
2. Fisher WA, Rosen RC, Eardley I, Sand M, Goldstein I. Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: The female experience of men's attitudes to life events and sexuality (FEMALES) study. *J Sex Med.* 2005;2:675–84.
3. Gutiérrez PR, Cabello F, Moncada I. Inhibidores de la PDE5: calidad de erección y repercusiones emocionales en los varones con disfunción eréctil y sus parejas. *Rev Int Androl.* 2010;8:155–64.
4. Shabsigh R, Perelman MA, Lockhart DC, Lue TF, Broderick GA. Health issues of men: prevalence and correlates of erectile dysfunction. *J Urol.* 2005;174:662–7.
5. Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ, Probstfield JL, Moinpour CM, Coltman CA. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA.* 2005;294:2996–3002.
6. Jackson G. Problem solved: Erectile dysfunction (ED) = early death (ED). *Int J Clin Pract.* 2010;64:831–2.
7. Martín-Morales A, Sánchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodríguez-Vela L, Jiménez-Cruz JF, Burgos-Rodríguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: Results of the Epidemiología de la disfunción eréctil masculina Study. *J Urol.* 2001;166:569–74, discussion 74–5.
8. Wespes E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, Moncada I, et al. European Association of Urology. Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation 2013. [Internet] [consultado 8 Oct 2013] Disponible en: http://www.uroweb.org/gls/pdf/14_Male%20Sexual%20Dysfunction_LR.pdf
9. Jannini EA, Sternbach N, Limoncin E, Ciocca G, Gravina GL, Tripodi F, et al. Health-related characteristics and unmet needs of men with erectile dysfunction: A survey in five European countries. *J Sex Med.* 2014;11:40–50.
10. Nehra A, Kulaksizoglu H. Global perspectives and controversies in the epidemiology of male erectile dysfunction. *Curr Opin Urol.* 2002;12:493–6.
11. Buvat J, Glasser D, Neves RC, Duarte FG, Gingell C, Moreira ED Jr, et al. Sexual problems and associated help-seeking behavior patterns: Results of a population-based survey in France. *Int J Urol.* 2009;16:632–8.
12. Moreira ED, Glasser DB, Nicolosi A, Duarte FG, Gingell C, Group GI. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU Int.* 2008;101:1005–11.
13. Shabsigh R, Perelman MA, Laumann EO, Lockhart DC. Drivers and barriers to seeking treatment for erectile dysfunction: a comparison of six countries. *BJU Int.* 2004;94:1055–65.
14. Estudio Calidad de vida sexual y disfunción eréctil 2012. [Internet] [consultado 8 Oct 2013]. Disponible en: http://prensa.bayer.es/ebbsc/export/sites/es.bc.internet.prensa/es/_galleries/otros/dossier/Resultados_Estudio_Individuos_-2012.pdf
15. Informe Lilly sobre sexualidad masculina: ante los problemas sexuales, los hombres españoles no se atreven a pedir ayuda 2011. [Internet] [consultado 8 Oct 2013]. Disponible en: https://www.lilly.es/PRENSA/corporate-news/informe-lilly-sobre-sexualidad-masculina-ante-los-problemas-sexuales-los-hombres-espanoles-no-se-atreven-a-pedir-ayuda/new_page?searchterm=sexualidad%20masculina.
16. Instituto Nacional de estadística, octubre 2012. [Internet] [consultado 8 Oct 2013]. Disponible en: www.ine.es
17. IMS Health, S.A. Estudio prescripciones médicas. 2011.
18. Tan NC, Ng CJ, Choo WY. What are the barriers faced by doctors in the management of erectile dysfunction in general practice? *Asian Pacific Family Medicine.* 2004;4:1–6.
19. Ng CJ, Low WY, Tan NC, Choo WY. The role of general practitioners in the management of erectile dysfunction-a qualitative study. *Int J Impot Res.* 2004;16:60–3.
20. Low WY, Ng CJ, Tan NC, Choo WY, Tan HM. Management of erectile dysfunction: Barriers faced by general practitioners. *Asian J Androl.* 2004;6:99–104.
21. Ende J, Rockwell S, Glasgow M. The sexual history in general medicine practice. *Arch Intern Med.* 1984;144:558–61.
22. Shiri R, Koskimaki J, Tammela TL, Hakkinen J, Auvinen A, Hakama M. Bidirectional relationship between depression and erectile dysfunction. *J Urol.* 2007;177:669–73.