

Paciente diabético con disfunción eréctil

Lucio Gabriel Sánchez Cabrero

Médico de familia. Equipo de Atención Primaria, Centro de Salud Carballeda, Mombuey (Zamora). redGDPS. Sociedad Española de Diabetes

RESUMEN DEL CASO

Se trata de un paciente varón de 57 años de edad, que trabaja como administrativo. Padece diabetes mellitus tipo 2 de seis años de evolución y está en tratamiento con metformina 1700 mg/día y glimepirida 6 mg/día, dislipemia con atorvastatina 20 mg/día, irbesartán 300 mg/día para su hipertensión arterial y ácido acetilsalicílico 100 mg/día.

No fuma, bebe un vaso de vino con las comidas y los fines de semana se toma además algunas cervezas. Realiza ejercicio de manera esporádica (le cuesta mucho) y efectúa la alimentación de manera aceptable.

Motivo de consulta

Acude por un problema que le tiene muy angustiado pero que no ha querido comentar antes «porque le da vergüenza». Comenta que lleva algún tiempo (no precisa fechas) «sin poder cumplir con sus deberes matrimoniales», a pesar de querer mucho a su esposa, debido a que no consigue tener erecciones. No refiere otra sintomatología.

Exploración física

Peso: 74 kg. Talla: 162 cm. Índice de masa corporal: 28 kg/m². Perímetro de cintura: 97 cm. Tensión arterial: 132/83 mm/Hg. Auscultación cardíaca y pulmonar: normal. Electrocardiograma: RS 60X aQRS + 60. Sin crecimiento de cavidades ni alteraciones de la repolarización. Fondo de ojo: signos de retinopatía diabética incipiente.

No se aprecian alteraciones de la sensibilidad, reflejos aquíleos y rotulianos normales, monofilamento en ambos pies 6/6, no hay alteraciones tróficas ni deformidades óseas, los pulsos pedios y tibiales están conservados. No existen variaciones significativas de la frecuencia cardíaca con la respiración profunda ni con la maniobra de Valsalva.

Analítica

Glucosa: 187 mg/dl. Hemoglobina glucosilada (HbA1c): 9,4 %. Creatinina: 0,76 mg/dl. Colesterol total: 211 mg/dl. Colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad (c-HDL): 51 mg/dl. Colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL): 145 mg/dl. Triglicéridos: 77 mg/dl. Cociente microalbúmina/creatinina: 15 mg/g. MDRD (fórmula de Levey): > 60 ml/minuto/1,73 m². PSA, hormonas tiroideas, testosterona y resto de parámetros: normales.

Situación actual del paciente

Para calibrarla, nos parece de mucha utilidad «el método del semáforo» (tabla 1). En nuestra experiencia, entendemos que es muy práctico para realizar conjuntamente con el paciente la valoración del estado en que se encuentra, explicándole que los cinco primeros parámetros serían responsabilidad suya (alimentación, ejercicio, peso, tabaco y alcohol) y que en los cinco últimos sería donde nosotros nos tendríamos que implicar, introduciendo e intensificando los cambios farmacológicos necesarios para llegar a los objetivos marcados (colesterol, ten-

Tabla 1. Método del semáforo

Alimentación equilibrada	●
Ejercicio físico habitual	●
IMC < 25 kg/m ²	●
No fumar	●
Consumo moderado de alcohol	●
c-LDL < 100 mg/dl	●
Tensión arterial < 140/90 mmHg	●
HbA1c < 7 %	●
Microalbuminuria	●
Antiagregación plaquetaria	●

c-LDL: colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad; IMC: índice de masa corporal; HbA1c: hemoglobina glucosilada.

sión arterial, HbA1c, microalbuminuria y antiagregación). Posiblemente, en la siguiente visita los parámetros analíticos habrán mejorado al intensificar el tratamiento, y así el paciente ve las mejoras conseguidas con su esfuerzo y los fármacos, lo que aumenta su grado de compromiso y motivación. Además, al médico le serviría para evitar caer en la inercia clínica y terapéutica.

Por otra parte, parece razonable pensar que nuestro paciente padece una disfunción eréctil (DE). Para la evaluación diagnóstica, realizamos un *screening* a través del cuestionario IIEF-5 (International Index of Erectile Function), con resultado patológico (tabla 2).

INTRODUCCIÓN

Es bien sabido que la diabetes puede afectar a la función sexual en los hombres. Aunque la disfunción sexual puede incluir problemas con la excitación, la erección o la eyaculación, lo más probable es que los hombres busquen tratamiento para las dificultades en la erección. Anteriormente se usaba el término «impotencia» para todos los aspectos de la disfunción sexual, lo que daba lugar a confusión.

En 1992, la Conferencia de Consenso de los National Institutes of Health recomendó utilizar el término «disfunción eréctil» para describir problemas relacionados con las erecciones penéneas, y definió la DE como «la incapacidad de conseguir o mantener una erección durante el tiempo necesario para permitir una relación sexual satisfactoria».

La DE en los varones con diabetes aparece de forma gradual, durante un período de meses o años. Los pacientes describen a menudo una menor rigidez del pene y una menor capacidad para mantener una erección. Sin embargo, la DE no es siempre una complicación progresiva y tardía de la enfermedad, sino que puede aparecer temprano de forma natural. A veces persiste la libido pese al mal resultado de la erección.

PREVALENCIA

A pesar de ser un problema frecuente en varones, especialmente en pacientes diabéticos, la comunidad médica no ha empezado hasta hace poco a tratar el alcance de los problemas sexuales. El reciente Massachusetts Male Aging Study, que evaluó a casi 1300 hombres de 40-70 años de edad, observó un cierto grado de dificultad en la erección en el 52 % de esos varones. Los estudios realizados observan una incidencia de DE en hombres diabéticos que oscila entre el 27,5 y el 75 %. A medida que aumenta la edad de la población del estudio, aumenta la incidencia, y hasta el 95 % de los hombres diabéticos de más de 70 años tenían un cierto grado de DE.

FISIOPATOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL RELACIONADA CON LA DIABETES

Si bien la DE de los varones puede ser básicamente psicógena, se ha documentado en varios informes que lo más frecuente es que exista un origen fundamentalmente

Tabla 2. Test de *screening* de disfunción eréctil (IIEF-5)

Menos de 21 puntos → Disfunción eréctil					
Durante los 6 últimos meses	1	2	3	4	5
¿Cómo calificaría su certidumbre para conseguir y mantener una erección?	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto
Cuando tuvo erecciones con estímulo sexual, ¿con qué frecuencia fueron suficientes para la penetración?	Casi nunca o nunca	Mucho menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Mucho más de la mitad de las veces	Casi siempre o siempre
Durante la relación sexual, ¿con qué frecuencia pudo mantener la erección después de la penetración?	Casi nunca o nunca	Mucho menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Mucho más de la mitad de las veces	Casi siempre o siempre
Durante la relación sexual, ¿cuán difícil fue mantener la erección hasta la finalización?	Extremadamente difícil	Muy difícil	Difícil	Ligeramente	No fue difícil
Cuando intentó una relación sexual, ¿con qué frecuencia fue satisfactoria?	Casi nunca o nunca	Mucho menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Mucho más de la mitad de las veces	Casi siempre o siempre

Rosen RC, et al. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. International Journal of Impotence Research 1999;11:319-26.

orgánico. En los diabéticos, el trastorno eréctil rara vez es reversible, lo que respalda la existencia de una causa orgánica. La disfunción orgánica puede diferenciarse de la psicógena vigilando las erecciones nocturnas asociadas a la fase REM. Cuando aparece una DE en un paciente con diabetes, es imprescindible realizar las exploraciones necesarias para descartar otras causas productoras de disfunción para poder corregirlas. Diversos fármacos pueden afectar a la DE (tabla 3).

La vasculopatía y la neuropatía son complicaciones frecuentes asociadas a la historia natural de la diabetes. Se ha propuesto la hipótesis de que la insuficiencia de las arterias cavernosas, la disfunción venooclusiva de los cuerpos cavernosos o la neuropatía autónoma son los principales mecanismos fisiopatológicos que provocan alteraciones persistentes de la erección en los varones con diabetes. Se ha comprobado que existe una asociación entre la presencia de DE y la enfermedad cardiovascular (figura 1), por lo que sería oportuno la realización de otros estudios para descartar enfermedad arterial, cerebral o vasculopatía periférica en estos pacientes. El papel de las anomalías hormonales en la fisiopatología de la DE de causa orgánica es polémico.

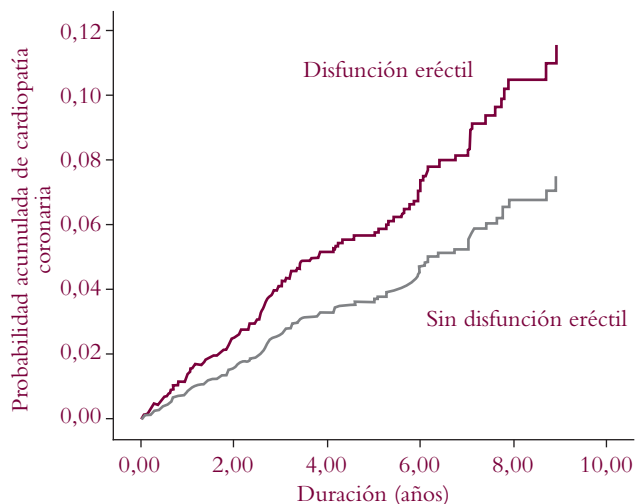
Disfunción eréctil neurógena

La neuropatía autónoma del pene tiene una gran importancia en la fisiopatología de la DE en los varones diabéticos. La incidencia de neuropatía periférica y autónoma es significativamente mayor en los varones diabéticos impotentes que en los potentes. La DE es un rasgo frecuente de la neuropatía autónoma diabética y puede preceder a la aparición de neuropatía.

Tabla 3. Fármacos que afectan a la disfunción eréctil

<ul style="list-style-type: none"> • Betabloqueantes • Ciertos alfabloqueantes • Alfa y betabloqueantes • Alfametildopa • Tiazidas • Espironolactona • Digoxina 	<ul style="list-style-type: none"> • Marihuana • Alcohol • Antihistamínicos • Descongestionantes nasales • Cimetidina
<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos • Antipsicóticos • Tranquilizantes • Anorexígenos 	<ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida • Flutamida • Clofibrato • Gemfibrozilo
<ul style="list-style-type: none"> • Fluconazol • Ketoconazol • Itraconazol 	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoides • Broncodilatadores • Teofilina

Figura 1. Relación entre disfunción eréctil y enfermedad cardiovascular



Erectile Dysfunction Predicts Coronary Heart Disease in Type 2 Diabetes.
 HR acumulativa de eventos de cardiopatía coronaria estratificados por ED en 2,306 varones chinos con diabetes tipo 2
 Ma RC, et al. Erectile dysfunction predicts coronary heart disease in type 2 diabetes. J Am Coll Cardiol 2008;51(21):2045-50.

Los nervios de los diabéticos pueden mostrar anomalías bioquímicas, que experimentan cierto grado de mejoría con un control estricto de la glucemia. Entre los posibles mecanismos bioquímicos de la patogenia de la neuropatía diabética se han propuesto la glucosilación no enzimática excesiva de las proteínas de la mielina, la actividad excesiva de la vía del poliol y las anomalías del metabolismo del mioinositol y sus derivados fosfolipídicos.

Otro posible mecanismo de la polineuropatía diabética sería la agresión isquémica nerviosa, y se ha comprobado que la hiperglucemia reduce el flujo sanguíneo endoneural y la velocidad de conducción nerviosa.

Disfunción eréctil vasculógena

La vasculopatía, ya afecte a los vasos de pequeño o de gran calibre, es uno de los principales factores que contribuyen a la morbimortalidad de la diabetes. La microangiopatía diabética produce alteraciones y descompensación del riesgo sanguíneo microvascular local. Aparece dilatación progresiva de las vénulas, vasoconstricción arteriolar periódica y esclerosis de las paredes de las arteriolas, los capilares y las vénulas.

La vasculopatía asociada a la diabetes afecta a la fisiología de la erección por muchas vías: en los grandes vasos aferentes, en la microvasculatura del pene, en el endotelio del

espacio lagunar y en la estructura fibroelástica del pene. Las consecuencias clínicas de estas alteraciones hemodinámicas consisten en una disminución de la rigidez del pene y una prolongación del tiempo hasta alcanzar la erección.

Disfunción eréctil endocrinológica

Si bien la impotencia de origen endocrino no desempeña un papel importante en la patogenia global de la DE diabética, las anomalías hormonales reconocidas pueden corregirse con un tratamiento médico. Así pues, se recomienda realizar pruebas endocrinas de detección selectiva a los pacientes diabéticos con DE.

CAMBIOS A REALIZAR EN EL PACIENTE

- 1) El paciente presenta un control glucémico deficiente, con cifras fuera de objetivos (HbA1c 9,4 %). Tenemos que introducir cambios en el tratamiento para conseguir unas metas más acordes con las recomendaciones de las Guías y Consensos. Recientemente se está tendiendo a una mayor individualización de esos objetivos (ya no sirve la talla del 7 para todos), dependiendo de las características propias de cada paciente (edad, años de evolución de la diabetes, hipoglucemias, complicaciones micro y macrovasculares, etc.); es decir, debemos ser mucho más agresivos en cuanto a la consecución de objetivos en fases tempranas de la enfermedad y ser más laxos cuando ya existen complicaciones o la diabetes tiene muchos años de evolución. Ismail-Beigi

et al. sentaron las bases para la individualización de esos objetivos y nos ofrecen una tabla con una serie de premisas para aplicar a los pacientes y orientarnos en las cifras de HbA1c a conseguir (tabla 4).

En el caso de nuestro paciente, intentaríamos conseguir una HbA1c del 6,5-7 %. Tenemos dos opciones: añadir un tercer fármaco oral o iniciar tratamiento con insulina. La triple terapia oral no tiene suficiente evidencia de seguridad y eficacia a largo plazo; por tanto, tras informar al paciente y negociar el tratamiento (ahora se está imponiendo responsabilizar e implicar al paciente en la toma de decisiones), se decidió comenzar con insulina, ya que no ofreció ninguna resistencia a tener que inyectarse. Si el paciente tuviera clínica cardinal, la insulinización sería obligatoria.

Comenzamos con 10 UI de análogo basal por la noche (por ser más predecible, tener una curva de acción más plana y producir menos hipoglucemias [sobre todo nocturnas]), y le indicamos que aumente 2 UI cuando la glucemia en ayunas sea superior a 100. Nos apoyamos en el algoritmo de inicio y ajuste del tratamiento insulínico en la diabetes mellitus tipo 2 ADA/EASD 2009 (American Diabetes Association/European Association for the Study of Diabetes) (figura 2). Mantenemos la metformina y retiramos gradualmente la glimepirida. Cuando la glucemia basal esté dentro del rango, conservamos la dosis de insulina y a los tres meses pedimos analítica de control para comprobar si hemos conseguido los objetivos de HbA1c; si no es así, habrá que intensificar el tratamiento insulínico.

- 2) El paciente tiene unas cifras de c-LDL elevadas (145 mg/dl) a pesar del tratamiento con dosis medias

Tabla 4. Objetivos individualizados establecidos por Ismail-Beigi et al.

Objetivos de HbA1c según las características clínicas del paciente					
Edad	Duración diabetes	Macrovasculares		Microvasculares	Objetivo HbA1c
< 45 años	Cualquiera	No	y	No o precoz	< 6,5 %
		Sí	y/o	Avanzada	≈ 7 %
45-65 años	Corta	No	y	No o precoz	6,5-7 %
	Larga	No	y	No o precoz	≈ 7 %
	Cualquiera	Establecida	y/o	Avanzada	7-8 %
> 65 años	Corta	No	y	No o precoz	≈ 7 %
	Larga	No	y	No o precoz	7-8 %
	Cualquiera	Establecida	y/o	Avanzada	≈ 8 %
> 75 años y enfermo de cualquier edad	Cualquiera	Cualquiera	y/o	Cualquiera	≈ 8 %

HbA1c: hemoglobina glucosilada.

Ismail-Beigi F, et al. Individualizing glycemc targets in type 2 diabetes mellitus: implications of recent clinical trials. *Ann Intern Med* 2011;154:554-9.

de una estatina potente como atorvastatina. En sus recomendaciones del año 2013, la ADA marca como objetivo a conseguir en pacientes con diabetes un c-LDL < 100 mg/dl. Para intentar llegar a ese objetivo, tenemos tres opciones: cambiar a una estatina más potente (atorvastatina es de elevada potencia), doblar la dosis de atorvastatina (como mucho conseguiríamos reducir un 6 % los niveles de LDL) o asociar un inhibidor de la absorción intestinal de colesterol como ezetimiba. Esta última opción nos parece la más adecuada.

- 3) Debemos concienciar al paciente de la realización de ejercicio de manera habitual: caminar, bicicleta, etc., lo que prefiera pero de manera regular y constante, al menos una hora diaria y un mínimo de cinco días a la semana.

POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

La primera medida a tomar sería la corrección de las causas reversibles de la DE si las hubiera. Además, debemos intentar conseguir un control óptimo de la glucemia (sin hipoglucemias), así como del resto de los factores de riesgo cardiovascu-

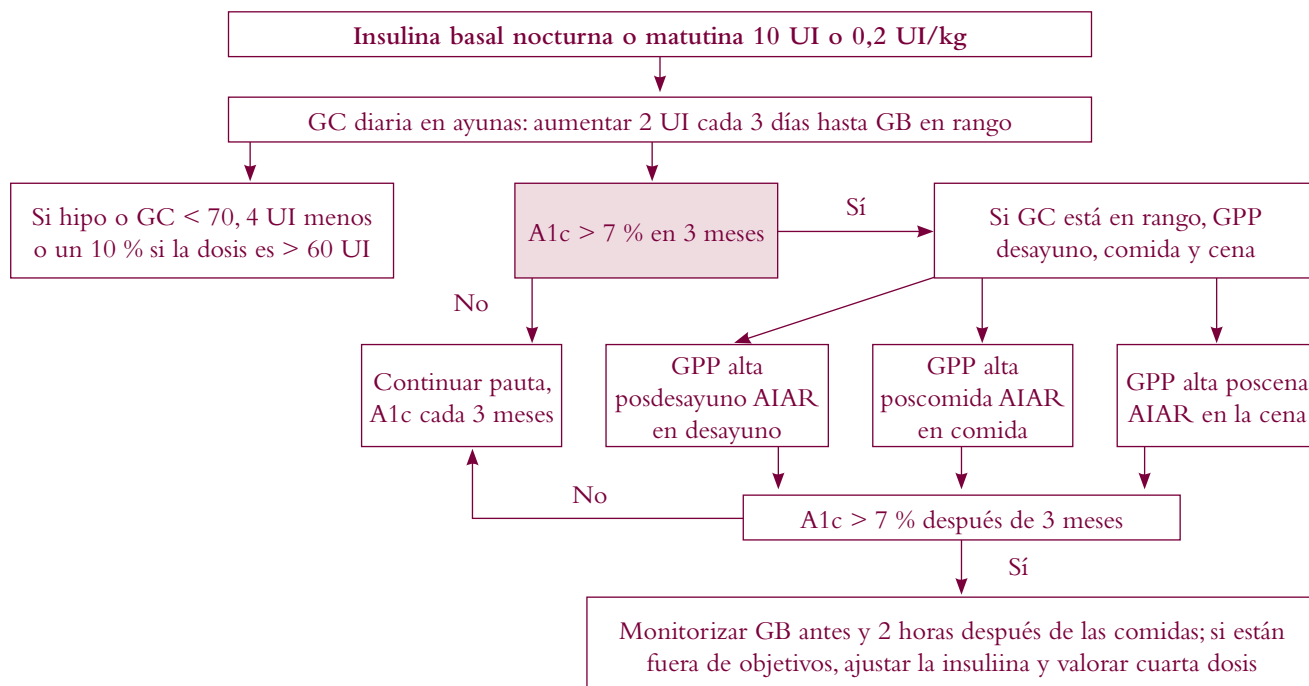
lar. También tenemos que investigar si el paciente toma algún fármaco que pueda afectar a la función eréctil y cambiarlo por otro que tenga menos posibilidades de constituir un problema. Debido a la variedad de tratamientos disponibles, la terapia de la DE debería personalizarse según las quejas del paciente, usando el tratamiento que esté más dispuesto a aceptar.

Las intervenciones de primera línea, caracterizadas por su sencillez de administración, reversibilidad, carácter incruento y coste reducido, son los erectógenos orales, los dispositivos de vacío y la terapia psicosexual o de pareja.

Tratamiento de primera línea

- 1) Erectógenos orales:
 - El sildenafil, comercializado en 1998, ha revolucionado el tratamiento de la DE. Es un inhibidor de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE-5). La inhibición de la enzima provoca un aumento del flujo arterial, lo que origina relajación del músculo liso, vasodilatación y erección del pene. El fármaco se absorbe rápidamente con niveles séricos máximos en 30-120 minutos, y la dosis recomendada es de

Figura 2. Algoritmo de inicio y ajuste del tratamiento insulínico en DM2



La cifra de A1c es orientativa, debe individualizarse según edad, esperanza de vida y comorbilidad.

A1c: hemoglobina glucosilada; AIAR: análogo de insulina de acción rápida; DM2: diabetes mellitus tipo 2; GB: glucemia basal; GC: glucemia capilar; GPP: glucemia posprandial.

Modificado del algoritmo de la ADA/EASD 2009.

50 mg una hora antes de la actividad sexual (la dosis se puede aumentar a 100 mg si no hay respuesta o reducirla a 25 mg si se producen efectos secundarios). Además, tiene indicación en hipertensión arterial pulmonar.

- El vardenafilo es otro inhibidor de la PDE-5. Alcanza la concentración máxima a la hora y la dosis inicial es 10 mg una hora antes, con opción de aumentar a 20 mg. Existen dosis de 2,5 y 5 mg para pacientes que toman antirretrovirales. Prolonga el espacio QTc, por lo que debemos tener precaución si se asocia con antiarrítmicos clase IA o clase III. Es conveniente evitar el zumo de pomelo cuando se toma vardenafilo.
- El tadalafilo es el último inhibidor de la PDE-5 en aparecer. Tiene una farmacocinética bastante diferente. La concentración máxima es a las dos horas de tomar el fármaco y tiene una semivida de 24 horas. Por lo tanto, este fármaco no es para tomarlo a demanda como los dos anteriores, sino en previsión de una actividad sexual posterior. La dosis inicial es de 10 mg, pudiendo llegar a 20 mg o reducir a 5 mg según sea necesario. También tiene indicación en hipertrofia benigna de próstata y en hipertensión arterial pulmonar.

Los tres inhibidores de la PDE-5 tienen en común que son eficaces en el 70 % de los pacientes y producen una serie de efectos secundarios: cefalea, rubor, dispepsia y congestión nasal. El sildenafil con la dosis de 100 mg puede producir alteraciones transitorias de la percepción de los colores y el tadalafilo puede producir dolor de la parte inferior de la espalda. Todos ellos están contraindicados en pacientes en tratamiento con nitratos, en pacientes que han sufrido un accidente cardiovascular, infarto de miocardio o arritmias intensas en los seis meses anteriores, además de hipotensión, hipertensión grave, insuficiencia cardíaca o angina inestable. Los tres necesitan una estimulación sexual previa para conseguir la erección. La elección del inhibidor de la PDE-5 depende de la frecuencia del coito y de la experiencia personal del paciente con cada fármaco. Aunque los inhibidores de la PDE-5 fueron introducidos como tratamiento a demanda, en el 2008 el tadalafilo también se aprobó para el uso diario continuo, en dosis de 2,5 y 5 mg. Se vio que la administración diaria de la dosis fue bien tolerada y mejoró significativamente la función eréctil. El uso diario de tadalafilo es una alternativa a la administración de la dosis a demanda para parejas que prefieren la actividad sexual es-

pontánea antes que programada y que, además, mantienen relaciones sexuales con frecuencia.

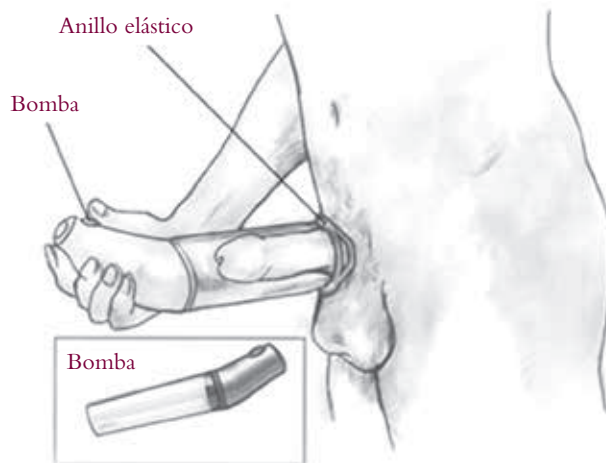
Los ensayos clínicos no han demostrado una mayor frecuencia de infartos de miocardio en los pacientes tratados con inhibidores de la PDE-5.

- La apomorfina, agonista dopaminérgico, actúa centralmente para mejorar la función eréctil, sin afectar a la libido. Se administra sublingualmente y actúa con mucha rapidez (15 minutos). Presenta náuseas, bostezos y somnolencia como efectos secundarios. Su uso se encuentra limitado a los casos de DE leve o moderada debido a su reducida eficacia. También sería útil en los pacientes con determinadas contraindicaciones del uso de los inhibidores de la PDE-5.
- 2) Los dispositivos de vacío son cilindros de plástico que se colocan sobre el pene (figura 3). Se extrae el aire del cilindro y se crea una presión negativa que atrae sangre venosa hacia el pene. Se obtienen erecciones satisfactorias en un 75 % de los pacientes. Es un método seguro pero bastante mecánico.
 - 3) Terapia psicosexual: la terapia sexual también está indicada en los pacientes o las parejas que desean reanudar su actividad sexual después de una abstinencia prolongada y es beneficiosa para ellos.

Tratamiento de segunda línea

Está indicado cuando la respuesta al tratamiento de primera línea es parcial o mínima o cuando los efectos secundarios asociados no sean tolerados.

Figura 3. Dispositivo de vacío para disfunción eréctil



Erectile Dysfunction. U.S. Department of health and human services. National Institutes of Health. NIH Publication No. 10-3923S. Octubre 2009.

- 1) Alprostadil intrauretral (prostaglandina E1): se administra en forma de *pellets* semisólidos intrauretralmente, es eficaz y bien tolerado. Hasta un 70 % de pacientes están satisfechos y los efectos adversos fueron dolor local, hipotensión y sangrado uretral. No suele aparecer priapismo ni fibrosis peneana. La aplicación de un anillo de constricción en la base del pene puede mejorar su eficacia. Es un tratamiento de segunda línea relativamente seguro y bastante eficaz para la DE.
- 2) Inyecciones intracavernosas administradas por el paciente: se trata de sustancias vasoactivas como clorhidrato de papaverina (un relajante directo del músculo liso), fentolamina o fenoxibenzamina (ambos antagonistas alfaadrenérgicos). Después se ha aprobado el uso de alprostadil intracavernoso. Las inyecciones intracavernosas son idóneas para los pacientes con un flujo de entrada arterial y un mecanismo de venooclusión de los cuerpos cavernosos normal, es decir, diabéticos con DE puramente neurógena o aquellos pacientes con impotencia psicógena. Hoy en día se usan diversas combinaciones con los fármacos mencionados (mayor eficacia pero más efectos secundarios). El efecto adverso más frecuente es la formación de nódulos fibróticos (relacionados con la frecuencia de inyecciones y duración del tratamiento), que a veces provocan la curvatura del pene. Menos frecuentes son la fibrosis de los cuerpos cavernosos y las erecciones prolongadas.
- 3) Tratamiento de tercera línea: son situaciones irreversibles, muy cruentas y con grandes complicaciones, como las prótesis quirúrgicas y la cirugía venosa.

EVOLUCIÓN DEL PACIENTE

Se cita al paciente en consulta a los tres meses. Está con 34 UI de análogo basal por la noche, metformina 850 mg cada 12 horas, atorvastatina 20 mg, ezetimiba 10 mg, irbesartán 300 mg, ácido acetilsalicílico 100 mg y tadalafilo 5 mg a diario (prefería mantener actividad sexual espontánea). La HbA1c ha bajado a 6,9 %, el c-LDL está en 98 mg/dl, camina una hora casi todos los días y el paciente nos comenta con gran alegría que su vida ha dado un giro de 180° y que ha recuperado «la única herencia que le dejó su padre».

PUNTOS CLAVE

- La DE es una complicación de la diabetes que está infradiagnosticada por ser un tema tabú, tanto para los pacientes (no se atreven a comentar su problema) como para los médicos (no nos decidimos a preguntar por ella).
- Para prevenir y retrasar su aparición, es de capital importancia conseguir un buen control glucémico y del resto de los factores de riesgo cardiovascular.
- Se hace necesario realizar una detenida evaluación cardiovascular en estos pacientes para descubrir la presencia de alteraciones cardiovasculares subclínicas.
- Los inhibidores de la PDE-5 han marcado un antes y un después en el tratamiento de la DE, aumentando considerablemente la calidad de vida de estos pacientes.
- Para conseguir los mejores resultados, es de suma importancia realizar un abordaje del tratamiento conjuntamente con la pareja.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Snow KJ. Tratamiento de la diabetes mellitus y sus complicaciones: disfunción eréctil. 4.ª ed. Barcelona: Medical Trends; 2004.
- Kahn CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC, Smith RJ, Joslin's. Diabetes Mellitus. Diabetes Mellitus: la disfunción eréctil y la diabetes (Cap. 59: 999-1016). 14.ª ed. Madrid: Adis Internacional Ediciones Médicas; 2005.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2013. Diabetes Care 2013; Suppl 1: S31-37 y S37-38.
- Ismail-Beigi F, Moghissi E, Tiktin M, Hirsch IB, Inzucchi SE, Genuth S. Individualizing glycemic targets in type 2 diabetes mellitus: implications of recent clinical trials. Ann Intern Med 2011; 154: 554-9.
- Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. Int J Impot Res 1999; 11: 319-26.
- Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferrannini E, Holman RR, Sherwin R, et al. Medical management hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. A consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2009; 32: 193-203.
- Ma RC, So WY, Yang X, Yu LW, Kong AP, Ko GT, et al. Erectile dysfunction predicts coronary heart disease in type 2 diabetes. J Am Coll Cardiol 2008; 51(21): 2045-50.
- Wespes E, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, et al. Guía clínica sobre la disfunción eréctil masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz. European Association of Urology 2010.