

Índice

Sección de agradecimientos académicos.....	3
 II Consenso Venezolano sobre Disfunciones Sexuales Masculinas	4
Comité científico	4
Autores:.....	4
Lista de autores (formato: apellido, nombre):.....	4
 Índice de autores por capítulo	5
 Presentación del Consenso Venezolano sobre Disfunciones Sexuales Masculinas	11
Introducción	11
 Capítulo I.	
Introducción general	12
1. Justificación del Consenso	12
2. Objetivos del Consenso	12
Objetivo general:	12
Objetivos específicos:	13
3. Metodología de elaboración	13
Tabla 1. Niveles de Evidencia Científica según el Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford (CEBM, 2011)	13
Tabla 2. Grados de Recomendación Basados en el Nivel de Evidencia (OCEBM, 2011)	14
4. Declaración de conflictos de interés.....	14
5. Ámbito de aplicación.....	14
6. Consideraciones finales.....	15
 Capítulo II – Disfunción Eréctil	16

1. Definición y epidemiología.....	16
1.1. Concepto fisiopatológico actual de Disfunción Eréctil	16
1.2. Prevalencia global y venezolana	17
1.3. Impacto psicológico, de pareja y social	17
1.4. Aportes adicionales y recomendaciones	18
2. Fisiopatología de la Disfunción Eréctil.....	18
2.1. Mecanismos vasculogénicos.....	18
2.2. Mecanismos neurogénicos	19
2.3. Mecanismos endocrinos.....	19
2.4. Mecanismos psicógenos.....	19
2.5. Disfunción endotelial y papel del óxido nítrico	20
2.6. Papel de comorbilidades: diabetes, síndrome metabólico y COVID-19	20
3. Evaluación diagnóstica	20
3.1. Historia clínica y sexual estructurada	20
3.2. Cuestionarios validados.....	21
3.3. Examen físico general y genital	22
3.4. Evaluaciones de laboratorio	23
3.4.1. Estudios básicos obligatorios	23
3.4.2. Estudios opcionales (segunda línea o según sospecha clínica)	23
3.5. Pruebas funcionales	23
3.5.1. Test de tumescencia y rigidez nocturna (TPN)	24
3.5.2. Eco-Doppler peneano con inyección intracavernosa	24
3.5.3. Test de inyección intracavernosa y estimulación (TIC)	25
3.5.4. Evaluaciones neurofisiológicas.....	25
Resumen esquemático de pruebas diagnósticas y grados de recomendación	26
4. Tratamiento médico integral	26
4.1. Educación y cambios en el estilo de vida.....	26
4.1.1. Educación sexual y del paciente.....	27
4.1.2. Abandono del tabaquismo.....	27
4.1.3. Ejercicio físico.....	27
4.1.4. Reducción de peso y control del síndrome metabólico	28
Resumen del impacto de los cambios en el estilo de vida sobre la Disfunción Eréctil	28
4.2. Terapia psicosexual.....	29
4.2.1. Indicaciones clínicas.....	29
4.2.2. Modalidades terapéuticas.....	29
4.2.3. Eficacia clínica	30
4.3. Tratamiento farmacológico.....	30
4.3.1. Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (iPDE5)	31
4.3.2. Estrategia secuencial y rotación.....	31
4.3.3. Combinaciones con L-arginina y vasodilatadores no selectivos.....	32
4.3.4. Terapia de reemplazo hormonal (TRH)	32
4.3.5. Alternativas experimentales	32
4.3.6. Uso de agentes inyectables intracavernosos en la disfunción eréctil	33

4.3.7. Toxina botulínica en el manejo de la disfunción eréctil: evidencia clínica y aplicación actual.....	34
4.4. Terapias físicas.....	35
4.4.1. Terapia de ondas de choque de baja intensidad (LIENT).....	35
Protocolo estándar.....	35
4.1.2. Dispositivos de vacío (Vacuum Erection Devices – VED).....	36
4.1.3. Electroestimulación neuromuscular y neuromodulación.....	37
4.5. Terapias regenerativas.....	37
4.5.1. Plasma rico en plaquetas (PRP).....	37
4.5.2. Células madre mesenquimales (MSC).....	38
4.5.3. Otras terapias experimentales.....	39
4.6. Dispositivos de vacío (Vacuum Erection Devices – VED).....	39
4.7. Tratamiento quirúrgico.....	40
4.7.1. Prótesis peneanas.....	40
4.7.2. Cirugía vascular.....	41
4.8. Seguimiento y evaluación de la adherencia al tratamiento.....	42
4.8.1. Importancia del seguimiento clínico.....	42
4.8.2. Factores de abandono terapéutico.....	43
4.8.3. Herramientas clínicas para el seguimiento.....	43
4.8.4. Intervenciones para mejorar la adherencia.....	44
Puntos claves del manejo de la disfunción eréctil.....	44
Preguntas de evaluación.....	45
Respuestas correctas.....	46
Referencias – Capítulo II: Disfunción Eréctil.....	47

Capítulo III. Trastornos del Deseo Sexual Hipoactivo Masculino (HSDD).....53

1. Definición y clasificación.....	53
2. Epidemiología.....	53
3. Evaluación diagnóstica.....	54
3.1. Evaluación endocrina.....	54
3.2. Evaluación psicológica.....	54
3.3. Causas asociadas (Tabla resumen).....	54
4. Tratamiento integral.....	55
4.1. Terapia farmacológica.....	55
4.2. Terapia psicosexual.....	55
4.3. Tratamiento combinado.....	55
5. Algoritmo diagnóstico.....	55
Paso 1. Historia clínica sexual y evaluación contextual.....	56
Paso 2. Cuestionarios estructurados.....	56
Paso 3. Evaluación endocrinológica.....	56
Paso 4. Evaluación psicosexual.....	56
Paso 5. Clasificación etiológica del deseo sexual inhibido.....	57

6. Abordaje terapéutico	57
6.1. Intervención psicológica	57
6.2. Terapia farmacológica.....	57
6.3. Terapia combinada	58
6.4. Derivación a sexología clínica especializada	58
Tabla. Modalidades terapéuticas del deseo sexual inhibido masculino.....	59
7. Deseo sexual y envejecimiento masculino	59
8. Influencia de los factores culturales	60
9. Fármacos y deseo sexual	60
10. Modelo escalonado de manejo clínico.....	61
11. Educación y consejería en deseo sexual masculino	61
12. Seguimiento y evaluación del éxito terapéutico	62
13. Adherencia terapéutica y factores de recaída	62
14. Estrategias de manejo a largo plazo	63
15. Indicadores clínicos de éxito terapéutico	63
16. Limitaciones actuales del conocimiento	64
17. Propuesta de cuestionario clínico para atención primaria (Tamizaje breve).....	65
Interpretación clínica orientativa	66
18. Puntos claves.....	66
19. Cuestionario de evaluación	67
Respuestas	69
Referencias — Capítulo III. Trastornos del Deseo Sexual Hipoactivo Masculino (HSDD)	70

Capítulo IV.

Disfunciones Eyaculatorias	74
1. Definición y clasificación	74
2. Epidemiología.....	75
3. Evaluación diagnóstica	76
3.1. Historia clínica y sexual.....	76
3.2. Cuestionarios validados.....	76
3.3. Examen físico y estudios complementarios.....	76
4. Criterios de clasificación	77
5. Tratamiento de la eyaculación precoz	78
5.1. Abordaje inicial y medidas generales	78
5.2. Terapia conductual	78
5.3. Tratamiento farmacológico.....	79
5.3.1. Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS)	79
5.3.2. Tramadol	79
5.3.3. Anestésicos tópicos.....	80
5.4. Terapias alternativas y complementarias en eyaculación precoz	80
5.4.1. Acupuntura	80
5.4.2. Medicina tradicional, plantas y suplementos	81

5.4.3. Toxina botulínica tipo A (BoNT-A)	81
6. Tratamiento de la eyaculación retardada y aneyaculación	81
6.1. Consideraciones generales	81
6.2. Abordaje diagnóstico y terapéutico integral.....	82
6.3.Tratamiento farmacológico (experimental)	83
6.4. Estrategias específicas	83
6.4.1. Estimulación vibratoria peneana (PVS)	83
6.4.2. Electroeyaculación	84
7. Eyaculación retrógrada.....	84
7.1. Etiología.....	84
7.2. Diagnóstico	84
7.3. Manejo terapéutico	85
7.3.1. Modificación de fármacos.....	85
7.3.2. Agentes simpaticomiméticos	85
7.4. Fertilidad	85
8. Estrategias avanzadas y manejo quirúrgico.....	86
8.1. Casos refractarios de eyaculación precoz	86
8.1.1. Inyecciones de ácido hialurónico subdérmico en el glande	86
8.1.2. Neurectomía dorsal selectiva (NDS)	86
8.2. Intervenciones en aneyaculación y eyaculación retrógrada neurogénica	87
8.2.1. Electro vibración combinada con recuperación espermática	87
8.2.2. Cirugías de restauración de vía eyaculatoria.....	87
8.3. Rehabilitación de la eyaculación post-cirugía prostática	87
8.3.1. Dsifunción eréctil y post-prostatectomía radical.....	87
8.3.2. Estimulación para recuperación del reflejo eyaculatorio	87
9. Casos especiales	88
9.1. Eyaculación precoz en pacientes jóvenes	88
9.2. Disfunción eyaculatoria en pacientes con patología psiquiátrica	88
9.3. Abordaje en parejas con disfunción sexual femenina	89
10. Puntos claves	89
11. Cuestionario de evaluación	90
Respuestas	91
Referencias – Capítulo IV. Disfunciones eyaculatorias	92

Nota editorial: se han considerado y se encuentran en desarrollo elementos tecnológicos como códigos QR, recursos digitales, *podcasts* y videos como **materiales complementarios del consenso**.