

DISFUNCIÓN SEXUAL MASCULINA

Autores	Dr. Reinaldo Infante Leyva Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Urología. Instructor. Dra. Isis Pedro Silva Especialista de II Grado en Urología. Instructor. Lic. Maria Elena Alonso García; Dr. Alberto Rojas Pérez ; Dr. Francisco Fernández Valdés; Dr. Manuel Morais Delgado, Lic. Fernando E. Mesa García, Dr. Osvaldo Eliseo Musendem, Lic. José Gutiérrez XXXXXXXXXX
Participación	Urología, Psicología, Geriátría, Medicina Interna, Neuro-Fisiología, Imagenología, Angiología, Educación para la Salud
Aplicación	En Ambulatorio y Hospitalización
Actualización	15 Noviembre 2010

INTRODUCCIÓN

Actualmente cerca de 152 millones de hombres a nivel mundial, 16 % entre 20 años y 75 años, presentan disfunción eréctil (D.E) Se ha comprobado que la incidencia y la prevalencia de la disfunción eréctil aumenta con relación a la edad. Un estudio latinoamericano demostró que en la región más de 50 % de los hombres de 40 años en adelante sufren de DE. Entre el 15 % y 25 % de los hombres mayores de 65 años padecen de esta condición. A pesar de ello, sólo 15 a 20 % buscan tratamiento para esta condición.

Un aspecto que afecta la estrategia diagnóstica y pronóstica en la DE es la consideración de que frecuentemente no es una “enfermedad de órgano” sino la expresión de una enfermedad sistémica encuadrable en el grupo de las “disfunciones endoteliales. Más de 80 % de los casos de DE tienen un componente orgánico, como las condiciones del síndrome metabólico, vasculares, neurológicas, endocrinas o la coincidencia de todas ellas y en un número menor de casos condiciones psicológicas como ansiedad, culpa y depresión. No hay ninguna duda actualmente de que la actividad sexual está regulada por influencias hormonales, tanto en su expresión funcional como por el deseo o libido.

A pesar de las consultas de sexología o de disfunción sexual masculina en todo el país y la gran cantidad de pacientes atendidos, no disponemos de datos sobre incidencia y prevalencia nacional.

PROCESO ASISTENCIAL

Definición

La **disfunción eréctil** se define como la incapacidad para lograr y/o mantener una erección adecuada y suficiente para conseguir una relación sexual coital satisfactoria. Para considerarla como tal la incapacidad debe mantenerse por un periodo igual o mayor de 3 meses.

Disfunción eyaculatoria: se divide en eyaculación precoz, cuando la emisión de semen se produce antes, durante o inmediatamente después de haber penetrado el pene en la vagina con una estimulación sexual mínima. Eyaculación retardada que consiste en la dificultad significativa de eyacular, afectando el placer sexual. Eyaculación retrógrada ésta se produce hacia la vejiga por incompetencia del cuello vesical, frecuente en los diabéticos y en pacientes que le realizan linfadenectomía lumboaórtica extensa con daño del simpático. La aneyaculación es la sensación orgásmica presente, pero sin emisión de semen.

Etiología

La etiología de la disfunción eréctil se divide en:

- **Orgánica** (más del 50 %): Se debe a la presencia de
 - ✓ Factores que condicionan alteraciones vasculares, neurológicas, endocrinas (70 % asociadas al síndrome metabólico, enfermedades renales y/o neurológicas), sustancias de abuso (heroína, alcohol)
 - ✓ Secundarias a fármacos (25 %): Existe un gran número de fármacos que pueden desencadenarla: antihipertensivos, fibratos, psico-fármacos y anti-H2.
 - ✓ Trastornos locales: traumatismos, enfermedad de Peyronie
- **Psicógena:** por inhibición central del mecanismo de la erección (depresión, ansiedad, estrés, problemas de pareja).
- **Mixta:** combinación de factores orgánicos y psicógenos.

Criterios diagnósticos

Para el diagnóstico de la disfunción eréctil es necesario realizar una historia clínica y una exploración física completas. Los pacientes se evalúan con un enfoque integral, donde en una primera consulta de clasificación se define la posible causa (predominantemente orgánica, psicógena o mixta); en unos pocos hará falta otros métodos diagnósticos especializados y serán interconsultados con otras especialidades (psicología, medicina interna, geriatría, etc.) de acuerdo a la edad del paciente y la comorbilidad que presente.

Para evaluar la gravedad de la disfunción eréctil disponemos del Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF), rápido de aplicar, y que dispone 97 % de sensibilidad y 88 % de especificidad. A través de sus 15 preguntas se evalúa la función eréctil, la función orgásmica, el deseo sexual, la satisfacción del acto

sexual y la satisfacción global. Clasifica la DE en grave (6-10 puntos), moderada (11-16 puntos), leve (17-25 puntos) y ausencia de disfunción eréctil (≥ 26).

Estudios en el diagnóstico de la DE:

- Recomendados: glicemia, Hb glicosilada, perfil lipídico, testosterona.
- Ecodoppler peneano en reposo y post inyección de drogas vaso activas (papaverina, fentolamina, prostaglandina E1).
- Estudios neurofisiológicos (reflejo bulbo cavernoso, potenciales evocados somato sensoriales de nervios erigentes) a pacientes con sospecha de disfunción eréctil de causa neuropática.
- Estudios imagenológicos para la confirmación de las causas venooclusiva o arteriopática: cavernosografía – Cavernosometría – Faloarteriografía.

Tratamiento

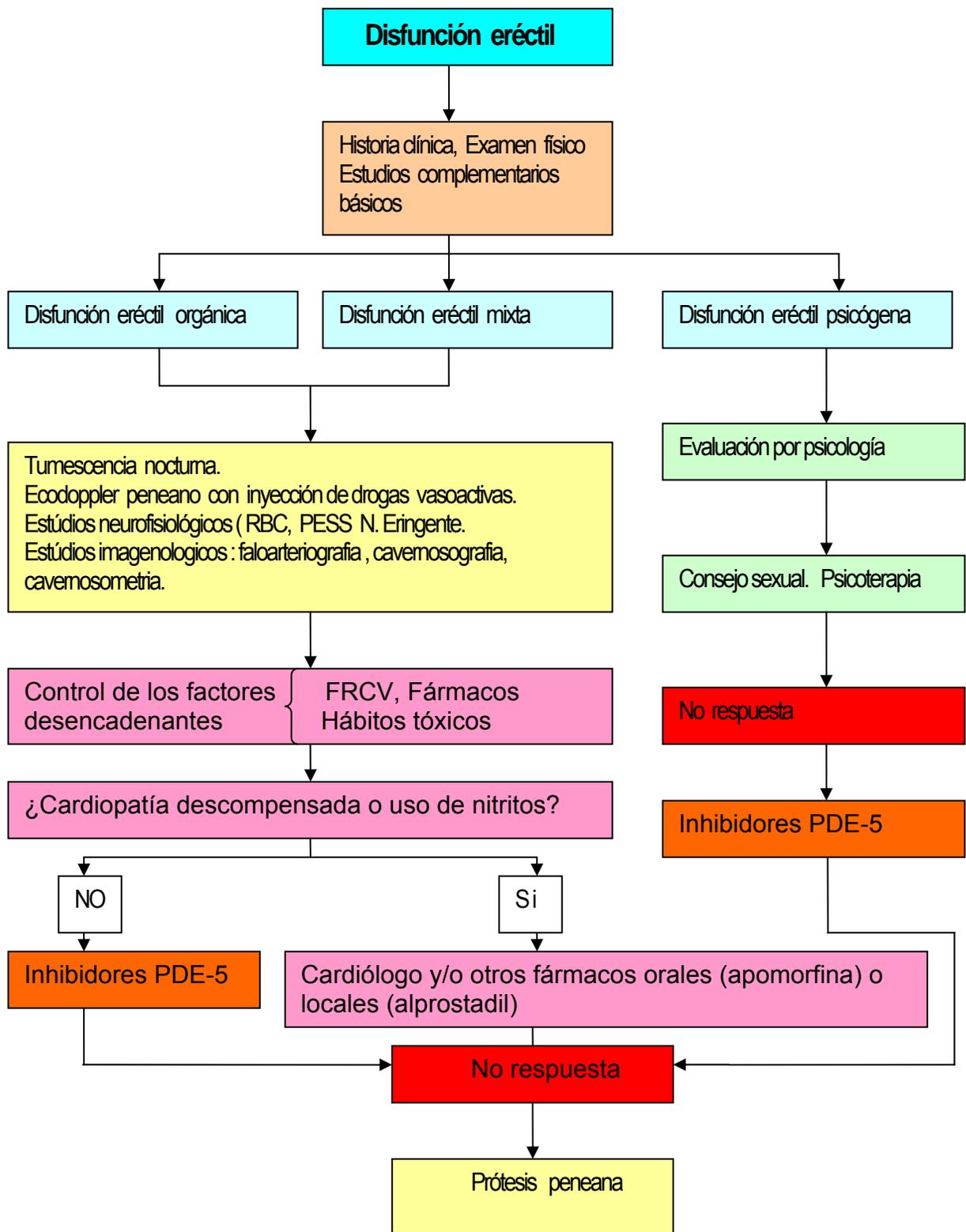
De la disfunción eréctil

- Consejo sexual y la psicoterapia (con un componente predominantemente psicógeno).
- Según la dificultad de su manejo el tratamiento posee tres categorías:
 - ✓ **Primera línea:** Fármacos v/o, dispositivos de vacío y anillos constrictores.
 - ✓ **Segunda línea:** fármacos vasoactivos intra cavernosos e intra uretrales.
 - ✓ **Tercera línea:** prótesis de pene y cirugía revascularizadora.

Tratamiento médico

- **Sildenafil** (Viagra): 25 a 50 mg; de no haber respuesta aumentar la dosis en cada coito sin pasar de una dosis máxima de 100 mg) hasta obtener una erección lo suficientemente rígida. Acompañada de una adecuada estimulación psicológica y física 45 minutos a 1 hora antes. Ingerirla con el estómago vacío, no repetir la droga antes de 24 h. Hacer por lo menos 4 intentos antes de considerarla poco efectiva. Está contraindicada en pacientes que emplean nitritos y eventos vasculares recientes (IMA, etc.).
- **Si causa hormonal:** Andrógenos (previa evaluación con endocrinólogo).
- **Causa psicológica:** evaluación por el psicólogo o el psiquiatra para su tratamiento en caso necesario apoyar con drogas vasoactivas orales.
- **Tratamiento quirúrgico** en los casos en que no mejoren con las alternativas anteriores de tratamiento:
 - ✓ Implante de prótesis peneana semirígidas (maleables), o inflables.
 - ✓ Revascularización peneana (causa arteriopática) en muy pocos casos de pacientes jóvenes seleccionados.
 - ✓ En enfermedad de *Peyronie* con incurvación o deformidad del pene y disfunción de penetración: faloplastia con diversas técnicas quirúrgicas.

ALGORITMO DEL PROCESO ASISTENCIAL DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL



RESULTADOS ASISTENCIALES

Desde el año 2006 se han atendido 471 casos de disfunción sexual masculina, con un número creciente de pacientes, probablemente en relación con una mejor organización de las consultas y la disponibilidad de medios para tratamiento tanto médicos como quirúrgicos, observándose que el pasado año hubo una discreta disminución de los mismos, considerando que estuvo en relación con la no disponibilidad del medicamento (sildenafil) a partir del segundo trimestre (tabla 1).

Tabla 1: Distribución de pacientes según diagnóstico de DE atendidos por años

Año	Nº Pacientes	Porcentaje
2006	92	19,5 %
2007	94	19,9 %
2008	100	21,2 %
2009	98	21,0 %
2010	87	18,4 %
Total	471	100,0 %

Recibieron el medicamento (sildenafil) todos los pacientes con DE, obteniéndose una buena respuesta en el 63,7 %; en 152 pacientes no se obtuvo respuesta favorable por lo que se realizó tratamiento quirúrgico aquellos que tenían disfunción eréctil severa, la mayoría diabéticos, realizándosele implante de prótesis peneana al 32,2 % (Tabla 2), esto le permitió un intercurso sexual satisfactorio a todos los pacientes. En 5 pacientes se presentaron complicaciones postoperatorias para un 3,2 %, la mayoría de ellas sepsis peri protésica, con necesidad de retirarle el dispositivo protésico solamente a un paciente (0,6 %), resultados que la mayoría coinciden con lo reportado en la literatura internacional, excepto el porcentaje de pacientes que necesitan ser operados.

Tabla 2. Distribución de pacientes según tratamiento recibido.

Tratamiento recibido	Pacientes	%
Respuesta favorable al sildenafil	300	63,7
Tratamiento quirúrgico (implante de prótesis peneana)	152	32,3
Total	452	100

Del 3 al 5 por ciento de los pacientes con DE orgánica severa que no mejoran con otros tratamientos, se le implanta un dispositivo protésico peneano; en este centro el porcentaje de tratamiento quirúrgico es muy superior a otras series revisadas, pudiendo estar en relación con la no disponibilidad de otras opciones de primera o segunda línea de tratamiento, factores que no favorecen la aplicación adecuada

del protocolo, pero aún no teniendo esos recursos disponibles, se cumple el objetivo de brindarle a los pacientes la posibilidad de tener una vida sexual aceptable, siendo el tratamiento quirúrgico también una opción excelente.

Tabla # 3 Indicadores de resultados y acercamiento a los estándares propuestos.

Indicadores de resultados	Estándar %	Resultado n (%)	Evaluación
% pacientes con DE. Beneficiados con el tratamiento Médico.	≥95	452 95,9	Bien
% pacientes con DE beneficiados con el tratamiento quirúrgico.	≥ 95	151 99,3	Bien
% de complicaciones resultantes del tratamiento quirúrgico.	≤ 5	5 3,2	Bien

RESULTADOS CIENTÍFICOS

Eventos

1. Pedro Silva Isis; Infante Leyva Reynaldo:. Aplicación de la técnica quirúrgica de alargamiento de la túnica albugínea en la enfermedad de Peyronie, Resultados obtenidos. Congreso Internacional de Urología. La Habana, Diciembre. 2009.

Temas de Terminación de Residencia

1. Tratamiento de la enfermedad de Peyronié con Verapamilo. Fecha de terminación 2013. Autor: Dra. Yenisley Lamar.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos con la aplicación de este protocolo, están acorde a los estándares propuestos.

Ha permitido una evaluación integral del paciente con disfunción sexual. Se ha podido brindar tratamiento tanto médico como quirúrgico, para la solución de su enfermedad.

La no disponibilidad de medicamentos o drogas vasoactivas de primera y segunda línea para diagnóstico y tratamiento dificultan la aplicación del programa del protocolo.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Gittelman M, McMahon CG, Rodriguez-Rivera JA, Beneke M, Ulbrich E, Ewald S. The POTENT II randomised trial: efficacy and safety of an orodispersible vardenafil formulation for the treatment of erectile dysfunction. *Int J Clin Pract.* 2010 Apr;64(5).
2. Hatzimouratidis K. Can We Cure Erectile Dysfunction? *Eur Urol.* 2010 May 8.
3. Kim ED, Eardley I, McCarthy BW, et al. Comments on "Considerations for diagnostic criteria for erectile dysfunction in DSM-V". *J Sex Med.* 2010 Feb;7(2 Pt 1):661-71.
4. King A. Erectile dysfunction and CVD. *Nat Rev Urol.* 2010 May;7(5):238.
5. Kulaksizoglu H, Kaptan H. An unappreciated correlation : surgical treatment of lumbosacral disc disease and erectile dysfunction. *J Korean Neurosurg Soc.* 2010 Apr;47(4):282-6. Epub 2010 Apr 30.
6. Meuleman EJ, Hatzichristou D, Rosen RC, Sadovsky R. Diagnostic Tests for Male Erectile Dysfunction Revisited. *J Sex Med.* 2010 May 4.
7. Martín-Morales A, Gutiérrez Hernández PR, Meijide Rico F, Arrondo Arrondo JL, Turbí Disla C. [Effectiveness and treatment satisfaction in patients with erectile dysfunction in Spain: EDOS study. *Actas Urol Esp.* 2010 Apr;34(4):356-64.
8. Orvieto MA, Coelho RF, Chauhan S, Mathe M, Palmer K, Patel VR. Erectile dysfunction after robot-assisted radical prostatectomy. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2010 May;10(5):747-54.
9. Vecchio M, Navaneethan SD, Johnson DW, et al. Treatment Options for Sexual Dysfunction in Patients with Chronic Kidney Disease: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010 May 24.
10. Pahlajani G, Raina R, Jones JS, Burdick M, Ali M, Li J, Mahadevan A, Ciezki J, Zippe C. Early intervention with phosphodiesterase-5 inhibitors after prostate brachytherapy improves subsequent erectile function. *BJU Int.* 2010 May 12.
11. Thorve VS, Kshirsagar AD, Vyawahare NS, Joshi VS, Ingale KG, Mohite RJ. Diabetes-induced erectile dysfunction: epidemiology, pathophysiology and management. *J Diabetes Complications.* 2010 May 10.
12. Lysiak JJ, Kavoussi PK, Ellati RT, Steers WD, Annex BH. Angiogenesis Therapy for the Treatment of Erectile Dysfunction. *J Sex Med.* 2010 Apr 26.
13. Lysiak JJ, Kavoussi PK, Ellati RT, Steers WD. Is Obesity a Further Cardiovascular Risk Factor in Patients with Erectile Dysfunction? *J Sex Med.* 2010 Apr 26.