GRUPO MULTIDISCIPLINARIO

Disfunción sexual masculina

Especialidad que dirige: **Urología**

Responsable del GMD: **Dra. Isis E. Pedro Silva**

Integrantes del GMD

Dr. Reynaldo Infante Leyva
Urólogo.

Lic. María Elena Alonso García
Psicóloga. Máster en Sexualidad y Sexología de la Salud.

Dr. Alberto Rojas Pérez
Geriatria-Gerontólogo. Profesor Auxiliar.

Dr. Manuel Morais Delgado
Fisiólogo. Investigador Auxiliar.

Lic. Fernando E. Mesa García
Lienciado en Tecnología de la Salud. Especializado en Imagenología Clínica.

Dr. Francisco Fernández Valdés
Internista. Profesor Auxiliar.

Dr. Osvaldo Eliseo Musenden
Angiólogo. Asistente.

Lic. José Gutiérrez
Educador sexual.

Servicios que participan

- Urología.
- Medicina Interna.
- Geriatría.
- Psicología.
- Angiología.
- Neurofisiología.
- Imagenología.
- Educación para la Salud.

Protocolos y guías prácticas en que se apoya

- Disfunción sexual masculina.

Investigaciones en desarrollo

- Comportamiento de los estudios neurofisiológicos en los pacientes diabéticos con disfunción sexual eréctil.
- Técnica de alargamiento de la túnica albugínea en pacientes con enfermedad de Peyronié.

Antecedentes del problema de salud

La disfunción sexual masculina se ha convertido con el transcurso de los años en un problema de salud, que ha llevado a la aparición de diversos tratamientos para su solución. La incidencia actual se ha incrementado a cifras de 152 millones de hombres que sufren principalmente de disfunción sexual eréctil, estimándose para el año 2025, 322 millones de hombres afectados, con prevalencia en mayores de 50 años, no quedan exentos los menores de 40 años, y representan en la actualidad 39 % de la casuística mundial.

Justificación de la constitución del GMD

En 1987, en el Hospital Hermanos Ameijeiras comenzó la atención multi disciplinaria del hombre con disfunción sexual, que abarcó trastornos eréctiles, de la eyaculación y del orgasmo. Esta entidad quedó a cargo de especialistas de diferentes especialidades que, actuando como Grupo Multidisciplinario (GMD) desarrollaron diferentes métodos diagnósticos y terapéuticos, alcanzó gran realce la cirugía vascular a la que fueron sometidos más de 300 pacientes (revascularización y ligadura venosa De Lue-Rossi), así como más de 200 cirugías protésicas.

Posteriormente el grupo pasa por una segunda etapa en que, debido a las limitaciones de los recursos materiales, la atención se vio limitada significativamente; posteriormente, el surgimiento del sildenafil (viagra), y ante sus resultados positivos, determinó la disminución considerable del número de intervenciones quirúrgicas, revolucionando, a su vez, el tratamiento de esta entidad.

En el período 2005-2007, después de creado el Grupo Nacional por el MINSAP, se revitaliza en nuestro centro el GMD de disfunción sexual masculina, que coincide con la protocolización, con nuevas misiones, como concluir el número de pacientes pendientes de implante de prótesis peneanas, para lo cual fueron otorgados determinados recursos materiales, mejorar las pruebas diagnósticas y terapéuticas con la inclusión o uso de determinadas drogas vasoactivas así como, la aplicación de nuevas técnicas quirúrgicas para la solución de entidades de difícil manejo (por ejemplo, la enfermedad de Peyronié) y para la solución de las complicaciones derivadas del proceder quirúrgico. Estos factores unidos han determinado un salto de calidad en la atención de estos pacientes.

Objetivos

General

- Brindar atención multidisciplinaria a pacientes masculinos con disfunción sexual, evaluando los resultados del tratamiento e identificando las posibles complicaciones resultantes.

Específicos

- Brindar atención a pacientes con disfunción sexual eréctil, trastornos de la eyaculación y del orgasmo.
- Brindar atención a pacientes con disfunción de penetración y con trastornos en la longitud del pene.

Estado de los recursos humanos y materiales

Recursos humanos

Existe un grupo de especialistas y técnicos profesionales preparados para enfrentar este problema de salud, relacionados con los miembros del GMD y que, en mayor o menor medida, han contribuido a los resultados del grupo.

Estado de los recursos materiales

Contamos con el abastecimiento periódico por parte del Grupo Nacional del MINSAP de prótesis semirrígidas de forma periódica; otros recursos valiosos lo son: drogas orales: inhibidores de la 5´fosfodiesterasa (viagra o sildenafil, tadalafil o cialis y vardenafil o levitra); drogas intracavernosas: alprostadil o PGE 1 (caverject, edex, viridal); drogas de uso intrauretral: PGE 1 (muse); fentolamina, papaverina (androskat o trimix); para empleo en los trastornos de la eyaculación (paroxetine, clomipramina, sertraline, fluoxetina); en los trastornos de eyaculación retrógrada: fenilpropanolamina, clorfeniramina y bronfeniramina, sin dejar de señalar el instrumental especializado necesario para la cirugía vascular empleado en la revascularización. Se están confrontando limitaciones en varios de estos recursos que entorpecen la realización de pruebas diagnósticas y derivado de ello, la aplicación del tratamiento correspondiente ya mencionado.

Material y método

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de 180 pacientes masculinos atendidos en la consulta por disfunción sexual y tratados en el Hospital Clínico-quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" desde septiembre de 2005 hasta diciembre de 2007 (28 meses).

Universo

Son atendidos bajo los lineamientos del protocolo en que se basa el GMD de disfunción sexual los pacientes masculinos remitidos desde las diferentes consultas de nuestro hospital (Medicina Interna, Endocrinología, Urología, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Angiología, etc.) que refieran disfunción sexual en sus formas clínicas (disfunción eréctil, disfunción de penetración y pacientes con disfunción por la repercusión psicológica que sufre al considerar que tienen trastornos de la longitud del pene). También serán atendidos los pacientes con diagnóstico de disfunción sexual eréctil que estén pendientes de tratamiento quirúrgico.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de disfunción sexual eréctil pendiente de tratamiento quirúrgico.
- Pacientes con disfunción sexual eréctil
- Pacientes con enfermedad de Peyronié con disfunción de penetración.
- Pacientes con trastornos de la longitud del pene con repercusión psicológica que lo llevan a una disfunción.

Criterios de exclusión

- Aquellos pacientes que acuden por presentar afecciones genitales o andrológicas como hipospadia, estrechez uretral, epispadias, criptorquidia, etc., que no se asocien a disfunción sexual.
- Aquellos pacientes que no sean derivados del universo.

Obtención y procesamiento de los datos

Basada en la obtención de la información a través de las planillas de recolección de datos creadas por los protocolos, los datos se procesan mediante mecanismos estadísticos establecidos.

Resultados

Impacto sobre la asistencia médica

En la etapa 2005 - 2007 fueron atendidos 180 pacientes en la consulta especializada de disfunción sexual del Servicio de Urología de este hospital (tablas 1 y 2).

Tabla 1. Pacientes atendidos por disfunción sexual y según formas clínicas

Forma clínica	Nº	%
Disfunción sexual eréctil	122	67,8
Disfunción de penetración	33	18,3
Disfunción eyaculatoria	14	7,8
Asociada a la longitud del pene	11	6,1
Total	180	100,0

Tabla 2. Pacientes atendidos por disfunción sexual eréctil y según la causa.

Causa	Nº	%
Vascular	68	55,7
Diabetes Mellitus	20	16,5
Enfermedad de Peyronié	12	9,8
Priapismo	5	4,1
Otros	17	13,9
Total	122	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Se evidencia que la disfunción sexual eréctil tiene un gran número de pacientes afectados, representando un problema de salud que necesita atención, pues la causa orgánica, aunque es predominante, se asocia a problemas psicológicos que requieren igualmente de tratamiento (tabla 3).

La prevalencia del tratamiento quirúrgico es relativa ya que, por tener un número de pacientes pendientes de tratamiento quirúrgico desde hacía varios años, fueron priorizados al disponer de los implantes peneanos. Por otro lado, el abastecimiento irregular de los fármacos hizo que muchos pacientes se ausentaran de la consulta provocando que el número final se redujera considerablemente.

Tabla 3. Pacientes con disfunción sexual eréctil y según tratamiento quirúrgico.

	Tratamiento	N°	%
Médico	Sildenafil	43	35,2
Quirúrgico	Implante de prótesis	60	49,2
	Cirugía vascular	4	3,3
	Pendientes de operar	15	12,3
Total	122	100,0	

Fuente: Hoja de recolección de datos.

La enfermedad de Peyronié es una afección de preferencia en hombres entre la cuarta y sexta décadas de la vida que responde a una variedad etiológica aún no totalmente definida, pero que produce durante sus distintas etapas clínicas, dolor y disfunción de penetración, pudiendo llegar a la disfunción eréctil. En estos últimos años se ha incrementado el número de pacientes que requieren de tratamiento, introduciéndose en junio de 2005 técnicas quirúrgicas de corrección en pacientes con ángulos de incurvación severa asociado o no, a deformidades.

En cuanto al tratamiento médico mostrado en la tabla, de los 15 pacientes, 7 fueron tratados con betametasona por referir dolor solamente; y el resto, tratado con verapamilo ya que presentaban dolor y curvatura peneana (tabla 4).

Tabla 4. Pacientes con disfunción de penetración (enfermedad de Peyronié)

Tratamiento	N°	%
Médico	15	45,5
Quirúrgico (corrección de curvatura)	14	42,4
Sin tratamiento	4	12,1
Total	33	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos.

La disfunción eyacaculatoria no es un trastorno poco frecuente; los resultados de su atención se ven limitados por la no disponibilidad de los recursos materiales básicos (sertraline, clomipramina, etc.) con los que obtendríamos resultados muy superiores. No obstante, nuestros casos recibieron educación sexual, medidas generales (ejercicios) y apoyo psicológico, por lo que se logró cierto grado de recuperación (tabla 5).

Se incorporó la atención a pacientes que refieren inconformidad con la longitud del pene (pene corto del adulto) no asociado a malformaciones congénitas del pene, ni secundarias a trastornos endocrinos, estimándose como pene corto todo paciente que tenga una medida menor de 4 cm en flacidez o 7.5 cm en erección, planteándose en estos casos alargamiento peneano (tabla 6).

Tabla 5. Distribución de los pacientes según disfunción eyaculatoria

Disfunción eyaculatoria	Nº	%
Eyaculación precoz	5	35,7
Eyaculación retrógrada	7	50,0
Aneyaculación	2	14,3
Total	14	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Tabla 6. Pacientes según tratamiento a los trastornos en la longitud del pene.

Tratamiento aplicado	No.	%
Tratamiento quirúrgico	6	54,5
Sin tratamiento	5	45,5
Total	11	100

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Las encuestas psicológicas se relacionaron con el motivo de la consulta, midiendo el grado de satisfacción sexual del paciente y su pareja, según se tratara de la disfunción sexual eréctil, postratamiento de la enfermedad de Peyronié u operado de alargamiento cosmético del pene.

Las complicaciones no conllevaron problemas de mortalidad; fueron resueltos con tratamiento conservador y medidas generales, excepto en los casos de prótesis que requirió de reintervención mediante la técnica de salvataje (Mulcahy) en los casos de infección periprotésica, no constituyendo una invalidante. Años atrás debido a la fibrosis que provocaba la retirada del aditamento era imposible, en muchos casos, la recolocación de la prótesis a los 3 meses de intervenido (tabla 7).

Tabla 7. Distribución de pacientes según complicaciones del proceder quirúrgico

Tipo Cirugía	Nº	Fractura cilindro	Dislocación	Complicaciones		
				Infección	Edema	Hematoma
Protésica	8	5	1	2	0	0
Vascular	0	-	-	0	0	0
De corrección (Enf. Peyronié)	4	-	-	0	2	2
Alargamiento cosmético	1	-	-	0	1	0
Total	13	5	1	2	3	2

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Impacto en la docencia, investigación y eventos

Congresos

1. VIII Congreso de la Sociedad Latinoamericana para el estudio de la impotencia y sexualidad. Noviembre 2005. Cuba: Implante de prótesis peneana en la disfunción sexual eréctil de causa orgánica. Experiencias de 10 años.
2. LVII Congreso de la Sociedad Mexicana de Urología. Noviembre 2006. México.
   - Técnica de salvataje en la infección periprotésica peneana.
   - Técnica de alargamiento de la albugínea en pacientes con enfermedad de Peyronié.
3. III Encuentro Iberoamericano de Andrología. Septiembre 2006. La Habana.
4. IV Jornada Centro Occidental de Urología 2007.La Habana.
   - Alargamiento cosmético del pene.
   - Técnica de Salvataje en la infección periprotésica.
   - Simposio: Temas sobre la Enfermedad de Peyronié e implante de prótesis.
5. Taller de Actualización sobre enfermedad de Peyronié. Hospital Clínico Quirúrgico " Hermanos Ameijeiras". Oct. 2007. La Habana.

Publicaciones

1. Tesis de terminación de residencia: Resultado de la técnica de alargamiento de la túnica albugínea en pacientes con enfermedad de Peyronié.
2. Tesis de terminación de residencia: Tratamiento de las complicaciones del implante de prótesis peneana. Resultados.

Realización de Diplomado en Sexología Clínica

1. Tres especialistas del servicio de Urología

Resumen

En el período 2005- 2007 el GMD de Disfunción Sexual Masculina ha logrado estandarizar o seleccionar el tipo de pacientes que requiere atención especializada, se introdujeron nuevas técnicas quirúrgicas, así como la incorporación al grupo de otras especialidades que hacen que los resultados del trabajo sean mucho mejor.

Bibliografía

Eardley, I. , C. Nei deterger, C.Fisher et. al (2005): Prevalence of comorbillity among men with ED in the males. 2004 longitudinal cohort. J Sex Med; S1: 18 (abstract).

El Sakka, A. (2006): lower urinary tract symptoms in patients with erectile dysfunction Analysis of risk factors. J Sex Med, 3: 144- 149.

Feldman, H.A., I.Goldstein, D.G.Hatzichriston et al (1994): Impotence and First medical an Psicosocial correlates: results of the Massachssets Male agin Study J Urol;151: 54- 61.

Glina, S., L.F. Melo, F.G. Martins et al: Branhan Survey on aging and sexual performance. 9th World Meeting on Impotence research. Perth, int J impotence Res 200; 12 p. 55:M58.

LUETF (2000): Drug therapy: erectile dysfunction. New Engl 5 Med; 342: 1802'13.

Marti- Morales, A., J.J. Sánchez- Cruz, I. Saenz de Tejada et al (2001): Prevalence and independent nsk Factors for erectile dysfunction in Spain. Results of the Epidemiología de la disfunción eréctil masculina study J. Urol;166: 569- 574.

Rosen, R.C., W.A.Fisher, Eardly I. et al (2004): The multinational men´s attitudes to life Events and sexuality(males) study:I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population Curr Med Res Opin;20;607- 617.

Schaeffer, E.M., J.P.Jarrow Jr, J.Vrablic, Jarow, J.P. (2006): Duplex ultrasonography detects clinically significant anormalies of penile arterial vasculature affecting. Surgical approach to penile straightening. Urology; 67(1): 166-169.

Small, M.P., H.M. Carrion, J.A. Gordon (1975): Small-Carrion penile prothesis: New inplant for management for impotence. Urology; 5: 479.