

Los problemas de erección tienen solución

José Luis Arrondo Arrondo

Unidad de Andrología. Servicio de Urología. Hospital de Navarra. Pamplona. España.

RESUMEN

La sexualidad es salud y las alteraciones en la esfera sexual son problemas de salud. La disfunción eréctil (DE) supone un síntoma de numerosas enfermedades y como tal debe evaluarse y tratarse. Cualquiera de los tratamientos propuestos perseguirá como meta mejorar la salud sexual del individuo y su pareja, no el simple levantamiento peneano.

Los fármacos orales de acción periférica, los llamados inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5, son hoy por hoy los más utilizados, eficaces y tolerados por los varones con dificultades para la erección. Algunos estudios están revelando su utilidad en otras esferas de la salud, como prevención de la fibrosis en cuerpos cavernosos, el efecto cardiotónico, la terapia precoz tras prostatectomía radical y para mejorar los síntomas miccionales. Uno de los escollos, todavía sin resolver, es el alto porcentaje de abandonos de esta terapia.

Los problemas sexuales de los individuos y las parejas de edad avanzada deben ser objeto también de nuestros desvelos profesionales. La sexualidad humana y sus fracasos desaparecen con la muerte.

Palabras clave: Disfunción eréctil. Protocolo. Tratamiento. Senectud.

ABSTRACT

Erection problems can be resolved

Sexuality is health and disturbances in the sexual sphere are health problems. Erectile dysfunction (ED) is a symptom of numerous diseases and as such must be evaluated and treated. Any of the proposed treatments will have as its aim to improve the sexual health of the individual and their partner, not just producing an erection.

Peripheral action oral drugs, called phosphodiesterase-5 inhibitors, are the most used today, effective and tolerated by males with erectile problems. Some studies are showing their usefulness in other health spheres, such as prevention of fibrosis in the cavernous bodies, the cardiotonic effect, early treatment after radical prostatectomy and to improve micturition symptoms. One of the hurdles, still not resolved, is the high percentage of dropouts to this therapy.

The sexual problems of individuals and couples of advanced age must also be the objective of our professional efforts. Human sexuality, and its failures, disappears with death.

Key words: Erectile dysfunction. Protocol. Treatment. Old age.

INTRODUCCIÓN

Los urólogos nos estamos convenciendo paulatinamente, algunos a regañadientes, que la sexualidad de nuestros pacientes es un tema de nuestra incumbencia y que todas las funciones de la entropierna masculina, no sólo la del desbeber (micción), deben ser objeto de nuestros desvelos profesionales. En pleno siglo XXI ya va siendo hora de desterrar el error de pensar que preguntar o interesarnos sobre la sexualidad es meter-

nos en la vida privada. La vida íntima es harina de otro costal.

Hoy ha quedado demostrado la interrelación entre los síntomas miccionales y la función sexual, tanto en la clínica como en el tratamiento. Los chequeos de próstata permiten el contacto con numerosos varones que van entrando en años, y cuya sexualidad tampoco está "para lanzar cohetes". Como internistas del hombre mayor¹, con nuestro bagaje psicológico y humanista, estamos obligados a investigar la función sexual y los principales problemas que puedan alterar alguna de las fases de la repuesta sexual. En el contenido de estas páginas deseo centrarme en algunos aspectos que considero de mayor interés y obviar otros ya demasiado manidos; tampoco creo oportuno plasmar numerosas citas bibliográficas, sólo algunas referencias significativas.

Correspondencia: Dr. J.L. Arrondo Arrondo.
Unidad de andrología. Servicio de Urología. Hospital de Navarra.
Irunlarrea, 3. 31008 Pamplona. España.
Correo electrónico: jlarrondo@telefonica.net

¿SIGUE SIENDO NECESARIA UNA EVALUACIÓN MÍNIMA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL?

Los protocolos diagnósticos y terapéuticos de la disfunción eréctil (DE) han experimentado una evolución paulatina, casi una revolución^{2,3} y, aunque su abordaje debería ser multidisciplinario, la labor del urólogo/andrólogo resultará básica. Los cambios sanitarios y sociales han originado a la creencia de que la DE puede tratarse como un catarro, que sólo es cuestión de recetar píldoras para el enderezamiento. El hecho de que dispongamos de fármacos orales muy efectivos no invalida la necesidad de una evaluación diagnóstica básica. Se pueden obtener pastillas por internet, en discotecas, en gimnasios o en máquinas expendedoras como los preservativos; nuestro trabajo debe ir más allá. Algunas razones que lo argumentan son:

1. Como especialistas nuestro prisma profesional no se limita a levantar el pene, sino a conseguir una relación sexual gratificante.

2. La DE suele ser el primer síntoma, una consecuencia que se hace evidente de otras enfermedades, de índole orgánica o psicoemocional y, a veces, ignoradas por el paciente: diabetes, depresión, HTA, etc.

3. En muchas ocasiones, los varones y sus parejas desean saber algo más sobre sus fracasos en la erección, si las causas son de predominio psicológico u orgánico, cuál es el pronóstico o la terapia más adecuada, etc.

4. Tratar la DE supone valorar, simultáneamente, otros aspectos de la sexualidad en ambos miembros de la pareja, si existe: deseo sexual, erección o coito doloroso, eyaculación precoz, etc.

Una historia clínica y sexológica individualizada, detenida y completa es el único medio para acercarnos al conocimiento del síndrome DE, saber cómo influye en el varón y su pareja, conocer las enfermedades o los factores concomitantes y decidir la mejor opción terapéutica. El interrogatorio debería ser claro y asequible para todos los niveles intelectuales y culturales de nuestros pacientes. A continuación se detallan aspectos que no pueden omitirse y que nos llevarán unos minutos:

- Edad y estado civil.
- Tiempo de evolución, ¿desde cuándo existe el fallo?
- ¿Cómo se inició?: de manera insidiosa o brusca.
- ¿Cómo evoluciona?: progresivamente a peor o con intermitencias.
- Actualmente, ¿la calidad de la erección le permite el coito?

– ¿Se presentan buenos erecciones en otras situaciones?: levantamientos incordiantes nocturnos o matutinos, con masturbación, con otras parejas, etc.

– ¿La DE se acompaña de otras alteraciones en la esfera sexual?

– Investigar sobre factores orgánicos de riesgo que puedan influir en los fracasos de erección: factores de riesgo vascular, enfermedades, signos de hipogonadismo, enfermedades urológicas, toma de fármacos, cirugías o traumatismos en las zonas lumbares, abdominoperineal y urogenital, hábitos tóxicos, etc.

– Investigar acerca de la salud mental, factores psicoemocionales y educacionales.

– Evaluar la relación de pareja: problemas de relación, cómo afecta la DE y si hay problemas sexuales, si “se juntan el hambre con las ganas de comer”. A modo de apunte comentar que Renshaw refiere una prevalencia del 62% de problemas sexuales entre las mujeres de los varones que presentan DE⁴.

– Para finalizar el interrogatorio: ¿a qué achaca usted su problema? Esta pregunta aporta, en ocasiones, información determinante.

Para objetivar mejor la severidad o el grado de la DE, hay cuestionarios validados en el ámbito internacional (IIEF, SMI, SQUED, EDITS, etc.), pero que no se emplean en la clínica diaria por falta de tiempo, ya que para muchos varones resultan difíciles de rellenar de manera objetiva, y porque les motivan más las preguntas sencillas y directas. Los cuestionarios serán útiles y necesarios para realizar trabajos de investigación clínica, estudios epidemiológicos y valorar la eficacia a determinados tratamientos.

La exploración física buscará signos que indiquen enfermedades relacionadas con la DE: hábito morfológico, exploración urogenital, caracteres sexuales secundarios, exploración cardiovascular y neurológica básica.

Los datos de la anamnesis y exploración nos pueden orientar hacia la necesidad de realizar estudios analíticos especiales; pero siempre determinaremos⁵ lo siguiente:

- Hemograma.
- Perfil bioquímico y lipídico.
- Valoración hormonal (testosterona libre calculada y prolactina), si se sospecha enfermedad endocrinológica o en varones de más de 50 años.
- Un futuro halagüeño puede sumar la determinación de marcadores de la enfermedad endotelial.

El estudio básico bien planteado nos permitirá, en la mayoría de los pacientes, establecer cuál es la etiología más probable de la DE, su gravedad, los factores

de riesgo asociados e iniciar un tratamiento según las expectativas del paciente y su pareja, en el caso de tenerla. En algunas ocasiones, si la historia clínica así lo sugiere, si el paciente desea saber más sobre el diagnóstico etiológico, antes de colocar una prótesis de pene y por razones medicolegales, el especialista urólogo/andrólogo realizará o planteará otros estudios complementarios como son:

- Test de erección farmacológica.
- Ecografía Doppler peneana.
- Test de tumescencia peneana nocturna.
- Estudio neurológico, etc.

Algunos trabajos⁶ apoyan el hecho de que los pacientes que consultan por DE poseen un mayor riesgo que el resto de la población de presentar en el futuro infarto de miocardio: ¿qué debemos hacer los urólogos/andrólogos? En general no es preciso que realicemos pruebas especiales a todos los que nos lleguen con DE. La historia clínica nos aportará datos de aquellos pacientes en los que sí sea preciso evaluar la capacidad funcional cardiovascular, como la prueba de esfuerzo (datos clínicos de interés: dolor inespecífico en el pecho, tipo de ejercicio físico, cuántos factores de riesgo cardiovasculares, etc.). En pacientes con más de 60-65 años con dos o más factores de riesgo o que presentan patologías cardíacas de riesgo medio o alto, será conveniente derivarlos al cardiólogo para que realice un estudio especializado y orientación terapéutica.

¿CÓMO TRATAMOS LA DISFUNCIÓN ERECTIL?

Insisto en que, como especialistas, tratar la DE no es sólo conseguir rigidez peneana, sino abordar todos los aspectos que mejoren la salud sexual del individuo y su pareja (tabla 1)⁷.

Medidas comunes a todos los pacientes

Son las medidas iniciales: aconsejar y convencer al paciente de que “una vida saludable” redundará positivamente en su vida sexual.

- El control de enfermedades crónicas mejora la función eréctil. El paciente debe conocer la relación de esas enfermedades con su problema de DE, lo que acarreará tomarse más en serio el cumplimiento terapéutico de la diabetes, la HTA, la obesidad, etc.
- Suspender o modificar factores de riesgo, algunos estilos de vida, que favorecen el desarrollo y mantenimiento de la DE. Deberá adoptar medidas cardiosalu-

TABLA 1. Procedimiento terapéutico para la disfunción eréctil

1. Medidas comunes a todos los pacientes

Control riguroso de enfermedades crónicas asociadas

Suspender factores de riesgo modificables

Dieta, suplementos dietéticos

Ejercicio físico, pasear

Tabaquismo

Alcoholismo

Obesidad, etc.

Suspender o modificar los fármacos relacionados con la disfunción eréctil

Educación sexual y asesoramiento a la pareja

2. Terapia de primera línea

Tratamiento etiológico

Psicoterapia

Terapia farmacológica

Terapia hormonal sustitutiva

Tratamiento oral sintomático

Sildenafil (Viagra®)

Tadalafilo (Cialis®)

Vardenafilo (Levitra®)

3. Terapia de segunda línea

Dispositivos o bombas de vacío

Terapia local mediante inyecciones intracavernosas o pomada intrauretral

4. Terapia de tercera línea

Cirugía vascular, revascularización arterial en varones jóvenes

Implante de prótesis de pene

dables, pues hoy por hoy queda clara la conexión entre la salud cardíaca y la peneana.

– Suprimir el tabaquismo y alto grado de impregnación alcohólica. La relación del tabaco con la DE se debe a la enfermedad endotelial que produce⁸. No resulta coherente utilizar pastillas o inyecciones para levantar la verga y atiborrarse de nicotina fumando más de dos paquetes diarios. Plantearse “el pito o el pitillo”.

– Realizar ejercicio físico moderado. El paseo resulta un tratamiento recomendable, económico, mejora la circulación del organismo y del “órgano”.

– Control de la obesidad, utilizando la dieta mediterránea que mejora o previene las alteraciones del endotelio vascular y sus desagradables consecuencias.

– Siempre que sea posible se suspenderán o modificarán los fármacos que están relacionados con la DE, resultando frecuente con los antihipertensivos. Respecto a este tema queda mucho por aclarar. Mas⁹, en un interesante trabajo de revisión sobre la HTA y la DE, afirma que no se observa una asociación clara entre la toma de ningún antihipertensivo y la incidencia de DE, que algunos podrían mejorar la erección como los antagonistas de los receptores de la angiotensina II, y que los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 son efectivos y seguros en los pacientes hipertensos. Mientras esto se aclara, en la siguiente tabla se resumen los efectos de los antihipertensivos sobre la función sexual¹⁰ (tabla 2).

TABLA 2. Efectos sexuales de los fármacos antihipertensivos

Fármaco	Disminución del deseo sexual	Disfunción eréctil	Eyacuación anormal	Priapismo	Ginecomastia
Diuréticos					
Tiazidas	Sí	Sí	Sí	No	No
Espironolactona	No	Sí	No	No	Sí
Bloqueadores beta	Sí	Sí	No	No	Sí
Bloqueadores alfa	No	Sí	Sí	Sí	No
Antiadrenérgicos de acción central					
Metildopa	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Clonidina	No	Sí	Sí	No	Sí
Vasodilatadores	No	Sí	No	No	No
Antagonistas del calcio	No	No	No	No	Sí
IECA	No	No	No	No	No
ARA II	No	No	No	No	No

ARA II: antagonistas de los receptores de angiotensina; IECA: inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina.

– Mejorar las situaciones crónicas de stress, suavizar la relación de pareja y, sobre todo, practicar el sexo. Algunos trabajos apuntan a que la disminución de las relaciones sexuales aumentan el riesgo de padecer infarto de miocardio y, además, “lo que no se utiliza se atrofia”. Hacer el amor en cualquiera de sus infinitas gamas, es un hábito sano y gratificante.

Terapia de primera línea

Tratamiento etiológico

En algunos pacientes podemos plantear un tratamiento etiológico mediante la terapia psicológica especializada¹¹ y la terapia hormonal sustitutiva. Los trastornos hormonales más frecuentes en el varón son: por defecto, disminución de la testosterona y por exceso, el aumento de prolactina. Hoy se sabe que la testosterona, llamada hormona del deseo, con independencia de su acción general sobre el organismo y el aparato genital masculino, ejerce un papel fundamental en la respuesta eréctil. Los andrógenos producen un efecto directo sobre el tejido peneano evitando la atrofia del músculo liso al favorecer la actividad del enzima la oxidonitricosintetasa, que mantiene los niveles de ON en los cuerpos cavernosos¹². Hoy estamos realizando terapia sustitutiva con testosterona mediante la utilización de parches y geles transdérmicos de aplicación diaria e inyecciones intramusculares de acción prolongada. La forma en gel está siendo más aceptada que los parches, pues se evitan las irritaciones y sensibilización cutánea. El gel, que es eficaz y cómodo de aplicar, preferimos utilizarlo al comienzo del tratamiento, pues permite una retirada inmediata ante cualquier efecto adverso. Cuando el paciente acude al control a los 3 meses, planteamos el posible cambio por el preparado intramuscular, compuesto por undecanoato de testosterona, que se inyecta cada 12 semanas. Su-

pone una forma eficaz, cómoda y más fisiológica que los inyectables convencionales, pues se mantienen niveles normales evitando las fluctuaciones exageradas.

El tratamiento combinado de fármacos inhibidores de la fosfodiesterasa 5 y testosterona está resultando muy eficaz, mejorando los porcentajes de efectividad en los varones con DE¹³.

Tratamiento oral

Hoy por hoy, la terapia más utilizada es la sintomática y en especial los fármacos por vía oral. En el protocolo terapéutico se plantean 3 niveles de abordaje y, salvo que exista contraindicación absoluta, siempre comenzaremos con la terapia oral (algunos construyen la casa por el tejado, implantando una prótesis de pene a las primeras de cambio). Se trata de fármacos que se utilizan a demanda, en el momento previo a la relación sexual. Unos ejercen su acción a nivel central y otros a nivel periférico.

Los fármacos de acción central (la apomorfina) se administran por vía sublingual y actúan en el cerebro, activando los receptores dopaminérgicos desde donde se envían más estímulos hacia el pene, favoreciendo el inicio y el mantenimiento de la erección. Se ha demostrado cierta eficacia en pacientes con DE de etiología psicógena, pero la utilidad ha sido escasa y los efectos secundarios, frecuentes.

La opción más utilizada en el tratamiento de la DE son los fármacos de acción periférica, los llamados inhibidores de la fosfodiesterasa 5. Hoy disponemos en la clínica diaria de: sildenafil (Viagra®), tadalafil (Cialis®) y vardenafil (Levitra®). Actúan a escala local, sobre el pene, relajando la musculatura lisa de los cuerpos cavernosos, lo que mejora la llegada de sangre y la oxigenación de éstos, favoreciendo la inducción y el mantenimiento de la respuesta eréctil. Para que cualquiera de los 3 fármacos sea eficaz, se requie-

re una adecuada estimulación sexual, poner algo de nuestra parte, como por ejemplo mirarnos, desearnos, acariciarnos, besarnos, achucharnos, etc.

Los fármacos orales están indicados en todos los varones con DE por cualquier etiología, incluyendo los factores psicológicos y los problemas cardíacos, siempre que no exista contraindicación. Los 3 fármacos son muy eficaces en pacientes con DE y en general, perfectamente tolerados. Los efectos adversos son escasos y leves (cefaleas, rubor facial, congestión nasal, dispepsia y molestias musculares).

Las diferencias entre ellos radican en sus diferentes farmacocinéticas y en las afinidades para inhibir los subtipos de fosfodiesterasa. La elección de un fármaco u otro se basará en aspectos subjetivos: rapidez de acción, la duración del efecto, la interacción con alimentos y alcohol, la rigidez conseguida, los efectos secundarios y la satisfacción a largo plazo del paciente y su pareja. Ante la ineficacia o efecto secundario no tolerable de un fármaco, conviene utilizar los otros antes de dar todo por perdido. No sabemos por qué, pero cada fármaco puede resultar mejor para un determinado paciente. La eficacia de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 dependerá de:

- Toma correcta.
- Adecuada estimulación sexual.
- Evitar interferencias, como una excesiva autoobservación.
- Integridad del sistema vascular (endotelio) y de las estructuras nerviosas del pene, que son las fuentes de la liberación del ON.

Estos fármacos pueden facilitar la posibilidad de recuperar las erecciones, sobre todo en varones con DE por enfermedad vascular leve o por causa psicógena, al fortalecer la confianza y la autoestima.

Aunque estos fármacos orales se toman a demanda, hoy estamos ensayando con programas de terapia continuada, con la finalidad no sólo de conseguir erección que permita la relación coital, sino como auténtica gimnasia del cuerpo cavernoso, como recuperación de la capacidad funcional que mejore la disfunción endotelial. Las experiencias están siendo positivas y podemos hablar de efectos curativos. Faltan más trabajos que confirmen la utilidad de estos fármacos como terapia continua con efectos terapéutico y preventivo. Existe una duda: ¿puede producir algún trastorno la inhibición crónica de la fosfodiesterasa 5? Los estudios que superan los 4 años no indican que haya más efectos adversos.

Algunas aplicaciones especiales

Los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 facilitan la oxigenación del pene y pueden prevenir la fibrosis que oca-

sionan determinadas situaciones: inactividad sexual prolongada, diabetes, cirugía prostática, enfermedad de La Peyronie, etc. En varones con problemas de erección y que se vean obligados a una larga abstinencia sexual coital, sería recomendable la utilización periódica de estos fármacos, estimulando su acción con el autoerotismo, siempre que la masturbación no les produzca rechazo.

1. Pacientes cardíopatas e inhibidores de la fosfodiesterasa 5:

– En la mayoría de los pacientes cardíopatas no hay ninguna contraindicación para que utilicen estos fármacos. Por su acción positiva sobre el endotelio, mejorando la actividad del NOS, hoy se habla de fármacos cardioprotectores, pues mejoran el flujo coronario.

– Estos fármacos estarán contraindicados en los siguientes casos: *a)* hipersensibilidad al fármaco; *b)* cuando el paciente presente alguna enfermedad cardiovascular y pulmonar de alto riesgo en la que se desaconseje la propia actividad sexual por el gasto energético que conlleva y que pondría en peligro su vida: hipotensión muy severa, historia reciente de accidente cerebrovascular o infarto agudo de miocardio (< 6 meses), angina inestable, insuficiencia cardíaca congestiva y arritmia de alto riesgo, y *c)* con la toma de fármacos que contengan nitratos o donadores de nitratos, puesto que se potencia los efectos hipotensores. En la tabla 3 se hace referencia a los fármacos que se utilizan en nuestro país (última actualización, 7 de septiembre de 2007) y que contraindican los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (tabla 3)¹⁴. Es aconsejable derivar al cardiólogo a los pacientes cuyos datos clínicos indiquen una posible cardiopatía, o que pueden tomar nitratos en situaciones de dolor precordial. El especialista valorará la capacidad funcional, mediante pruebas de esfuerzo, etc. y podría prescribir otros antianginosos en caso de precisarlo.

Si se produce un infarto agudo de miocardio habiendo utilizado inhibidores de la fosfodiesterasa 5, no se deben prescribir nitratos, sino utilizar bloqueadores beta que, además de calmar el dolor, aumentan la supervivencia. No se deben tomar nitratos en 24 h tras la utilización del sildenafil y vardenafil o en 48 h tras el uso de tadalafil.

2. Prostatectomía radical y fármacos orales par la disfunción eréctil. El porcentaje de varones con DE tras prostatectomía es elevado^{2,15}: en prostatectomía radical sin conservación de bandeletas alcanza casi el 100% y si se preservan hablamos del 40-70%; tras radioterapia externa lo hacemos del 25-60% y con implantes radioactivos (braquiterapia) sería un 15-25%. Los urólogos/andrólogos debemos tener un esquema claro de actuación.

TABLA 3. Fármacos comercializados en España que contienen nitratos o derivados de los nitratos

Nitroglicerina
Cafinitrina
Cardiodisco
Cordiplast
Dermatrans
Diafusor
Epinitril
Minitran
Nitradisc
Nitroderm
Nitroderm Matriz
Nitroderm TTS
Nitropacin
Nitroplast
Solinitrina
Solinitrina TS
Trinipatch
Trinispray
Vernies
Mononitrato de isosorbida
Cardionitril Retard
Cardiovas Retard
Coronur
Coronur Retard
Dolak Retard
Ironitril
Mononitr Isosorb
Pertil Retard
Uniket
Uniket Retard
Dinitrato de isosorbida
Iso Lacer
Iso Lacer Retard
Isordil
Nitrito de amilo
Nitrito de amilo Serra
Vasodilatadores usados en enfermedades cardíacas
Corpea
Dancor
Menoxicor
Molsidain

– Conocer la situación de la práctica sexual antes del tratamiento, valorando el deseo y la satisfacción sexual, frecuencia de relaciones sexuales, calidad de la erección, etc.

– Explicar al paciente los efectos adversos que acarreará la cirugía radical en la esfera sexual: DE, problemas de eyaculación, reducción del tamaño del pene en longitud y grosor, etc.

– Aplicar una terapia precoz mediante inyecciones de PGE₁, 2 o 3 veces por semana o inhibidores de la PDE₅ cada 2 o 3 días. Trataremos de rehabilitar el tejido cavernoso, evitando la apoptosis celular del músculo liso, las lesiones neurológicas y fibróticas secundarias a una oxigenación deficitaria. Los resultados de la terapia dependerán de la situación previa del pene y de la precocidad del tratamiento. No podemos confir-

mar la DE definitiva e irreversible hasta que pasen 2 años tras la cirugía.

3. Los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 y la HBP. La PDE₅ se encuentra en el tejido prostático y su inhibición mejora la circulación periuretral de la próstata. Los inhibidores de la PDE₅, como relajantes de la musculatura lisa de la próstata y cuello vesical, han demostrado una mejoría en los síntomas miccionales de varones con DE, incluso con eficacia similar a los bloqueadores alfa.

¿Por qué hay pacientes, sin patología orgánica evidente o determinante, que no responden a los inhibidores de la PDE5?

– Por excesivo efecto adrenérgico vasoconstrictor debido a un alto grado de ansiedad, o de autoobservación.

– Por manejo inadecuado del fármaco, estimulación sexual insuficiente unido a una actitud negativa de su pareja.

– Porque la acción del fármaco se mediatice por comidas copiosas o bebidas en demasía (sobre todo con el sildenafil).

– Porque la terapia sea ineficaz por la existencia de patologías desconocidas que impidan la liberación normal del ON y la relajación de la musculatura lisa.

– Porque exista variabilidad interpersonal en la concentración de fosfodiesterasa tipo 5 en los distintos órganos diana. Esto ya se ha demostrado en la retina y podría suceder lo mismo en los cuerpos cavernosos.

¿Cómo aumentar la eficacia del tratamiento con inhibidores de la PDE5 y disminuir el alto porcentaje de abandonos al mismo?

A pesar de que los fármacos orales para la DE consiguen unas tasas de eficacia del 44 al 91%, según las etiopatogenias, del 20 al 60% de los pacientes que inician la terapia la abandonan. Los profesionales de la salud que tratamos los problemas sexuales tenemos que hacer algo para corregir esta situación, como por ejemplo:

– Resulta básico el interés que manifestemos en el abordaje de los problemas sexuales, en lo que nos cuenta el acojonado varón con DE. Realizaremos siempre un estudio básico, siendo generosos en tiempo y sensibilidad.

– Tras la explicación detallada de cómo se toman estos fármacos, será básico conseguir una predisposición positiva del individuo y su pareja. Requiere interés por la sexualidad y deseo de ir al ataque, de estimularse. La amplia experiencia en investigaciones y en el uso clínico de millones de pacientes apoya la necesidad de disipar miedos crónicos inherentes a la toma de estos fármacos.

– El éxito será mayor si conseguimos complicidad con la pareja, involucrándola en el abordaje y el trata-

miento de la DE y tratando, simultáneamente, sus problemas sexuales. Con una actitud comprensiva y colaboradora ambos saldrán ganando^{16,17}.

- Establecer un programa de controles periódicos y de fácil acceso para poder consultar sus dudas y sentirse arropado evitando las frustraciones ocasionales. En el seguimiento del resultado de la terapia es importante el trabajo de los/as profesionales de enfermería ubicados en las consultas de urología, andrología y sexología. En nuestro medio, considero imprescindible su labor de estímulo y de asesoramiento personal y telefónico.

- Que la terapia oral sea subvencionada por la sanidad pública, al menos en determinadas patologías. Si, según la OMS, la salud sexual es un derecho humano básico y la DE una enfermedad, uno no entiende a nuestros políticos. A pesar de tanta palabrería, para muchos de los que gobiernan la sanidad pública, la sexualidad humana sigue siendo un lujo.

¿Qué hacer con los pacientes no respondedores a los inhibidores de la PDE5?

- Plantear un programa de terapia continuada con estos fármacos, cada dos o tres días, con el intento de conseguir un efecto recuperador del tejido cavernoso.

- Adoptar medidas cardiosaludables, sobre todo dejar el tabaco y realizar ejercicio físico.

- Asociar al tratamiento con fármacos orales la terapia psicológica, con lo que se consigue más firmeza en el pene, y mejoría en otros aspectos de la relación, importantes para derretirnos de placer¹⁸.

A los inhibidores de la PDE₅ se ha asociado la doxazosina, un antagonista selectivo alfa-1, constatando una mayor eficacia en pacientes con DE¹⁹. También se sabe que la prevalencia de DE es menor entre los hipertensos tratados con doxazosina.

- Añadir suplementos dietéticos que, por su efecto sinérgico con la terapia oral, mejoren las tasas de eficacia: L-arginina, ginseng rojo coreano, yohimbina, vitamina E, cinc y ácido fólico como antioxidantes por su efecto positivo sobre la permeabilidad vascular.

- Establecer durante una temporada terapia mediante inyecciones intracavernosas y posteriormente volver a la terapia oral. En algunos casos esto resulta útil.

Terapia de segunda línea

Si los fármacos orales están contraindicados, no son eficaces o no se toleran por efectos adversos, disponemos de fármacos inyectables directamente en el pene y los dispositivos de erección por vacío.

Los dispositivos de succión, como método terapéutico, no se han generalizado en España. En algunos pacientes puede resultar útil, pero su uso requiere cierta

destreza manual. La eyaculación puede resultar dificultosa o molesta, y debido al tamaño excesivo de algunos cilindros se suele producir succión del contenido escrotal. Ciertos trabajos refieren resultados más satisfactorios cuando se combina la psicoterapia a la succión²⁰.

La aparición en 1985 de las inyecciones intracavernosas de sustancias vasodilatadoras para tratar la DE, supuso un gran avance en el diagnóstico y tratamiento de este problema. En la actualidad se utiliza, fundamentalmente, la prostaglandina E₁ (Caverject®), sola o asociada a la fentolamina. Hoy sigue siendo una herramienta de gran utilidad para el test de erección y estudio Doppler simultáneo²¹ y para la terapia cuando los fármacos orales son ineficaces. El urólogo/andrólogo, que lo prescribe, debe estar capacitado para tratar la complicación más frecuente: el priapismo. La utilización de la prostaglandina E₁ por vía intrauretral no se comercializa en España.

Terapia de tercera línea

Cuando todos los tratamientos menos invasivos fracasan, la única manera de conseguir la rigidez penénea que permita una relación coital es el implante de una prótesis de pene. A pesar de que la terapia oral ha reducido su utilización, sigue teniendo sus indicaciones. Con una correcta indicación e información, el grado de satisfacción es alto en el paciente y su pareja, y las complicaciones, aceptables²².

El futuro inmediato seguirá aportando nuevas terapias para ayudar a levantar lo caído: *sprays* que actúen a escala central, cremas vasodilatadoras para aplicar en el pene, terapias combinadas orales-locales, terapias génicas o de ingeniería tisular, etc. Pero, en muchas ocasiones, conseguir la erección penénea adecuada estará en manos de nosotros mismos con la ayuda de quien tengamos a nuestro lado. ¿Por qué desaprovechar esta terapia tan asequible y económica?

Y en aquellos pacientes en los que no sea posible la erección penénea, no todo está perdido en el mundo de la sexualidad; debemos orientarles hacia otras formas de placer, otras formas de erotismo.

Y DESPUÉS DE LA JUBILACIÓN, ¿QUÉ?

Por diversas razones, los urólogos, andrólogos, sexólogos, etc. cada vez tendremos más trabajo: cada día aumentan las demandas por problemas sexuales. Casi el 60% de los pacientes atendidos en urología corresponden a población geriátrica y en el 25% de las consultas se plantean alteraciones de la sexualidad. La edad y el declive definitivo de la relación sexual ya no se hallan inexorablemente unidos. La práctica clínica

diaria y algunos trabajos de investigación avalan que la sexualidad termina con la muerte, y que, incluso, en algunas personas mayores, la jubilación supone un resurgir de la sexualidad, de los sentimientos de admiración, de atracción, de amor y desenfreno erótico^{7,23}. Ya no es tan cierto aquello de que “el joven puede pero no sabe y el viejo sabe pero no puede”.

La actitud de algunas profesionales de la salud precisa una actualización en la mentalidad y en la práctica clínica²⁴, como se expone a continuación:

1. Convencerse de que la sexualidad de las personas mayores existe, y que al aumento de los años de vida podemos añadir “vida a esos años”. La práctica sexual en todas sus vertientes, contribuirá al envejecimiento activo.

2. Informar a las parejas mayores de todos los factores, los condicionantes orgánicos y psicoemocionales que han ido influyendo en la evolución de su sexualidad.

3. Ayudarle a aceptar estas modificaciones, que modulan, pero no impiden, la sexualidad y a adaptarse positivamente a ellas evitando muchas frustraciones:

- Disminución del deseo e impulso sexual y de la frecuencia en las relaciones sexuales. Dice el refrán: “Arriba canas y abajo ganas”.

- Se precisa mayor estimulación (tocarse más), para conseguir excitación. Los levantamientos nocturnos y matinales van brillando por su ausencia y las erecciones se producen con menos frecuencia y son menos intensas. Resulta evidente el aumento del número de varones con DE conforme se envejece.

- El volumen de eyaculado decrece y la eyaculación carece de aquella fuerza en proyección de la juventud. La fase de detumescencia es más rápida.

- Los orgasmos existen, pero ya no se acompañan de tanta locura, ya no son tan cinematográficos.

- Se produce una prolongación del periodo de recuperación, entre una erección y otra.

- Conforme las capacidades físicas y mentales disminuyen, la sexualidad se torna menos genitalista, y no siempre coital. El placer también está en manos de la fantasía, la ternura, las caricias, en la mirada, en el beso y no siempre en fogosos envites peneanos.

4. Cada día atendemos en nuestras consultas a más varones que superan los 70 años y que reclaman una evaluación y tratamiento de sus problemas sexuales y concretamente sus fallos de erección. La terapia se puede aplicar a cualquier edad; el mejor criterio será el sentido común. Numerosos varones de más de 80 años y sus parejas, son felices con la toma de fármacos inhibidores de la PDE₅.

Un nuevo posicionamiento ayudará a levantar la censura del placer en la edad otoñal, que es socialmente legítimo y humanamente necesario, y uno de los pocos que nos quedan sin pagar por ello a Hacienda. Los beneficios de la práctica sexual en los mayores ya los intuía el Arcipreste de Hita cuando afirmó: “Cuan fría y triste es la vejez en la que non a cachondez”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solé Balcells FJ. El urólogo como generalista de la gente mayor. *Actas Urol Esp.* 2006;30:103-9.
2. Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil, elaborado por 12 entidades científicas. Madrid: Pfizer España; 2002.
3. Sharlip ID. Diagnostic evaluation of erectile dysfunction in the era of oral therapy. *Int. J. Imp Res.* 2000;12 Suppl 4:12-4.
4. Renshaw D. Coping with an impotent husband. *Illinois Med J.* 1981;159:29-33.
5. García Cardoso JV, López Farré A, Vela Navarrete R. Disfunción eréctil: papel del laboratorio en la evolución diagnóstica y pronóstica. *Actas Urol Esp.* 2005;29:890-8.
6. Kirby M. Is erectile dysfunction a marker for cardiovascular disease? *Int J Clin Prac.* 2001;55:614-8.
7. Arrondo JL. Historia íntima del pene. La nueva sexualidad masculina. Valencia: Nau Llibres; 2006.
8. Kevin TM, Carrier S, Wessells H, et al. Tabaquismo y disfunción eréctil: análisis basado en la evidencia. *J Urol (ed. esp.)*. 2001;166:1624-32.
9. Mas M. Hipertensión arterial, medicación antihipertensiva y disfunción eréctil: una perspectiva basada en la evidencia. *Rev Int Androl.* 2005;3:13-30.
10. Fogari R, Zoppi A. Effects of antihypertensive therapy on sexual activity in hypertensive men. *Curr Hypertens Rep.* 2002;4:202-10.
11. Cabello F. Disfunción eréctil: un abordaje integral. Madrid: Psimática; 2004.
12. Traish AM, Guay AT. Are androgens critical for penile erections in humans? Examining the clinical and preclinical evidence. *J Sex Med.* 2006;3:386-407.
13. Shabirigh R. Testosterona therapy in erectile dysfunction and hypogonadism. *J Sex Med.* 2005;2:785-92.
14. BOT. Base de Datos de Medicamento. Versión mayo 2006. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2006.
15. Robinson JW, Moritz S, Fung T. Meta-analysis of rates of erectile function after treatment of localized prostate carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2002;54:1063-8.
16. Dorey G. Partners' perspective of erectile dysfunction: literature review. *Br J Nurs.* 2001;10:187-95.
17. Goldstein I. La función sexual de la mujer mejora cuando se soluciona la DE en terapia con vardenafilo. *J Sex Med.* 2005;2:819-32.
18. Jannini EA, Lenzi A, Wagner G. New perspectives in the pharmacotherapy of erectile dysfunction. I. *Drugs. Invest Drugs J.* 2003;6:1165-72.
19. De Rose AF, Griglio M, Traverso P, et al. Combined oral therapy with sildenafil and doxazosin for the treatment of no-organic erectile dysfunction refractory to sildenafil monotherapy. *Int J Imp Res.* 2002;14:50-3.
20. Wylie KR, Walters S. The potential benefit of vacuum devices augmenting psychosexual therapy for erectile dysfunction: a randomized controlled trial. *J Sex Marital Ther.* 2003;29:227-36.
21. Fernández-Gil MA, Martínez-Piñero L, Martí M, et al. Aspectos psicológicos y Doppler dúplex dinámico en disfunción eréctil. *Actas Urol Esp.* 2005;29:884-9.
22. Mulhall JP, Almed A, Branch J, Parker J. Serial assessment of efficacy and satisfaction profiles following penile prosthesis surgery. *J Urol.* 2003;169:1429-33.
23. Schiavi RC, Rehman J. Sexuality and aging. *Urol Clin North Am.* 1995;22:711-26.
24. Lameiras M, Menéndez J, Rodríguez Castro. Creencias y actitudes sobre la sexualidad de las personas mayores. *Sexología Integral.* 2005;2:182-8.