

VI Symposium ASESA/SPA

13th Congress of the European Society for Sexual Medicine

Recientemente, tuvimos la suerte y la oportunidad de celebrar nuestro VI *Symposium* conjunto de la Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA) y la Sociedad Portuguesa de Andrología (SPA), en la mañana del domingo 14 de noviembre 2010, al inicio del programa del décimo tercer Congreso Europeo de Medicina Sexual (ESSM), desarrollado desde el 14 hasta el 17 de noviembre pasados, en el Palacio de Ferias y Congresos de la ciudad de Málaga. Como ya es sabido, nuestro VI *Symposium* tiene lugar dentro del esquema organizativo de los *Symposia in National Languages organized by the national affiliated societies of the ESSM*. Debo felicitar y agradecer muy sinceramente a los ponentes y asistentes, pues definitivamente, estos *Symposiums*, gracias a su contenido y participación, se han consolidado dentro del esquema del programa científico de los congresos anuales del ESSM. Cabe aquí destacar nuestra presencia ininterrumpida desde su primera celebración en el año 2005, en el *8th Congress of the European Society for Sexual Medicine* de Copenhague.

En esta ocasión, optamos por denominar nuestro VI *Symposium* como: *La Salud Sexual se encuentra de nuevo en el Mediterráneo*. Era el 15 aniversario de ahora denominado ESSM, que vació en el otro extremo bajo el nombre de ESIR (*European Society for Impotence Research*), fue en Porto Carras allá por 1995. Mucho y a mejor ha cambiado esta apasionante parcela de la Medicina, que se ha convertido en integradora de salud en su sentido más amplio, con sexualidad, alumbrando el actual concepto de medicina sexual. Bajo este epígrafe comenzamos a las 10 de la mañana con un breve acto de presentación, presidido por Ana Puigvert Martínez (Presidenta de ASESA) y Jorge Rocha Mendes (Presidente de SPA). Se siguió, inmediatamente, con la primera Mesa Redonda: *Temas de rabiosa actualidad*, moderada por Rafael Prieto Castro e Ignacio Moncada Iribarren y las ponencias *Medicina sexual como ventana a la salud del varón* (Natalio Cruz Navarro) y *Rehabilitación sexual tras prostatectomía radical* (Luis Rodríguez Vela).

Con un buen cumplimiento del horario, a las 11:30 tuvo lugar la segunda Mesa Redonda: *Temas de especial Interés*, moderada por Jorge Rocha Mendes y Ander Astobiza Odriozola y las ponencias: *Implicaciones andrológicas del abuso de anabolizantes esteroideos* (Ferrán García José), *La seducción antes de la erección* (José Luis Arrondo Arrondo), *A Andrologia numa consulta de reabilitação Cardiaca* (Nuno Louro), *Cirugía cosmética del pene, la demanda sin fin, ¿dónde debemos situarnos?* (Ana Puigvert Martínez) y *¿Qué pasa con la eyaculación precoz?* (Juan Ignacio Martínez Salamanca).

Y sobre las 13:30 comenzó la Conferencia de Clausura *50º aniversario de la píldora anticonceptiva. ¿Qué tiene que decir la medicina sexual?*, moderada por Jordi Cortada i Robert e impartida por Manuel Mas García.

Clausuramos nuestra reunión, con otro breve acto, interviniendo de nuevo la Presidenta de ASESA, el Presidente de SPA, y quien suscribe, agradeciendo la presencia y participación de ponentes y asistentes, y recordando a los primeros, el compromiso, con nuestras sociedades científicas y con la *Revista Internacional de Andrología, Medicina sexual y reproductiva*, de enviar sus aportaciones bajo el formato de artículos de revisión.

Como adelanto de lo arriba comentado, reproducimos a continuación un resumen de las ponencias: *¿Qué pasa con la eyaculación precoz?* (Juan Ignacio Martínez Salamanca) y *50º aniversario de la píldora anticonceptiva. ¿Qué tiene que decir la medicina sexual?* (Manuel Mas García), cuyos autores han tenido la consideración de remitirnos.

Sirva este comentario sobre el pasado VI *Symposium* conjunto de la ASESA y la SPA como resumen de lo allí acontecido y de información general para los que no pudieron asistir.

Me uno a nuestro Editor Jefe, en la confianza de que en los sucesivos números de esta *Revista Internacional de Andrología, Medicina sexual y reproductiva* vean la luz los correspondientes artículos de revisión de todas las ponencias presentadas.

Un sincero abrazo.

Antonio Martín Morales
Organizador y Coordinador del VI Symposium ASESA-SPA

¿QUÉ PASA CON LA EYACULACIÓN PRECOZ?

Juan Ignacio Martínez-Salamanca

Servicio de Urología. Área de Medicina Sexual. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

La charla se estructuró en tres partes, con idea de dar al oyente una actualización de la situación en el tratamiento de la eyaculación precoz (EP) en nuestro medio, 18 meses después de tener disponible el primer fármaco (dapoxetina) específico y con aprobación concreta en el tratamiento de la EP: a) Nuevo tratamiento en EP (PSD 502); b) 18 meses desde el lanzamiento de dapoxetina, ¿qué ha pasado? y c) Barreras en la comunicación médico-paciente en medicina sexual.

Nuevo tratamiento en la eyaculación precoz (PSD 502)

Se trata de un inédito tratamiento tópico, a demanda, en spray, que se aplica sobre el glande. Está compuesto de lidocaína y prilocaina. Se han realizado y publicado dos ensayos clínicos, randomizados y controlados con placebo. Han participado un total de 70 centros de Estados Unidos, Canadá y Europa incluyendo un total de 539 varones y 216 pacientes incluidos. El criterio de inclusión para definir la EP fue un TLEI (tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal) inferior a un minuto. Los resultados han sido publicados recientemente en el *Journal of Sexual Medicine*¹. Fueron registradas más de 23.000 aplicaciones. La media de TLEI basal fue de 0,6 minutos. Se demostró un incremento de 5,5 veces en el grupo de tratamiento frente a 1,6 en el grupo placebo. Asimismo, se constató una mejoría significativa en cuanto al control y la satisfacción por parte de los pacientes. Los efectos secundarios más importantes comunicados fueron la perdida de erección y la hipoestesia en el glande, que ocurrieron en el 5,9% de los pacientes, pero que no obligaron al abandono del tratamiento. Esta formulación, que aún no está disponible en nuestro país, parece una opción prometedora pero que, sin duda, necesita experiencia clínica para poder ser correctamente evaluada.

18 meses desde el lanzamiento de dapoxetina ¿Qué ha pasado?

En primer lugar, me gustaría compartir algunas reflexiones personales tras varios meses realizando prescripciones y viendo pacientes con EP tratados con dapoxetina. Todo parece indicar que se trata de un tratamiento efectivo y seguro, de primera línea y no

off-label; sin embargo, varias son las preguntas y cuestiones a plantearnos: ¿este trastorno es tan prevalente como pensábamos?, ¿y las barreras, médicos-paciente, para consultar?, ¿y la accesibilidad desde la cumplimentación de la receta a tomárselo?, se prescriben nuevos tratamiento pero... ¿y las revisiones?, ¿y los efectos adversos importantes?, en estos tiempos de crisis económica... ¿el precio?.

Como respuesta a la primera reflexión, en los datos recientes publicados del *Spanish Sexual Health Report*, realizado en mayo de 2010, en un total de 3.000 pacientes, la EP es el cuarto problema sexual de los españoles, por detrás claramente de la disfunción eréctil (DE), la falta de deseo sexual o la apatía/rutina. Por tanto, quizás las aproximaciones iniciales sobre el número de pacientes fueran sobreestimadas, una cosa son los pacientes que *epidemiológicamente* cumplen la definición de padecer el trastorno y otra los que finalmente se consideran enfermos.

Con respecto a la segunda pregunta, los datos de la Encuesta Nacional de Salud (INE 2006) muestran claramente que los varones, cualquiera que sea el problema o la enfermedad, tienen menos tendencia a ir al médico y/o consultar. Si seguimos reflexionando, la eficacia de dapoxetina en comparación con otros tratamientos *off-label* disponibles en el mercado es buena. Así se expresa el criterio de los propios profesionales, como podemos comprobar en una encuesta de opinión realizada entre urólogos (*Encuesta realizada a 100 urólogos sobre sus opiniones acerca de los diferentes tratamientos para la EP*) sobre eficacia, tolerabilidad y satisfacción del paciente, con una valoración global positiva en el 85% y claramente superior a otras opciones de tratamiento. En cuanto a la dosis más comúnmente prescrita, el 80% para 30 mg, 19% para 60 mg y un curioso 1% para otra posología.

La mayoría de los pacientes reconocen que la mejor manera de solucionar el problema, cuando se tiene conciencia de padecerlo y se quiere buscar ayuda, es ir al médico. Según los datos del estudio DEEP (*Estudio demográfico español sobre eyaculación precoz*) el 78% de las mujeres y el 57% de los hombres, cuando eran preguntados sobre las medidas que pueden adoptar para solucionar la EP contestaban *ir al médico*. Por lo tanto, parece que la idea se tiene, pero en muchas ocasiones no se lleva a cabo. Así, Giuliano y sus colaboradores ya publicaron hace algunos años que el 70% de los pacientes quiere que sea el médico quien aborde primero un potencial problema de salud sexual². Pero la realidad es que, tanto en la EP como en la DE, existe una población sumergida de pacientes que no consultan. Para analizar este hecho, ¿se podría establecer un paralelismo entre DE y EP? En la DE, el varón con DE no ha tenido problemas de erección durante la

mayor parte de su vida pero, un día, no puede tener más relaciones sexuales, y tarda más de 1 año en ir a su médico. En la EP, la pareja sobrelleva la situación desde que se conocen, y tienen relaciones sexuales más o menos satisfactorias, pero *pueden tener* relaciones sexuales, contando con mucho tiempo para buscar justificaciones y auto explicaciones y tardando en consultar una media de 3 años³.

Como señalábamos anteriormente, existe una gran diferencia entre las cifras esperadas de incidencia de este trastorno y el número final de pacientes que siguen un tratamiento activo. Si hacemos una simulación y extrapolación poblacional entre la prevalencia de la EP en España y el número final de consumidores de dapoxetina, estos serían los resultados: población masculina entre 18 y 65 años (15.818.779), varones con EP (2.847.380), conscientes de que tiene EP (968.109), preocupados y que buscan solución (484.054), que van al médico (135.535) y que, finalmente, toman dapoxetina (19.362). Como se puede observar, entre la incidencia y el número final de consumidores hay un auténtico abismo, y en cada una de las fases se pierde un número muy importante de pacientes.

Muchos pacientes que no son capaces de exponer el problema a su médico recurren a Internet para obtener información o incluso para adquirir medicamentos falsificados y de dudosa procedencia. Otro punto a tener en cuenta, y que vemos repetidamente en nuestras consultas, es el problema con el embalaje del producto. Una vez que el paciente abre el estuche que contiene los comprimidos, puede leer con claridad en la ficha técnica del mismo, una serie de advertencias en tono muy alarmante que, en muchas ocasiones, disuaden al paciente y a su pareja de tomar el fármaco. Solamente una correcta explicación de este hecho por parte del médico, antes de prescribir el mismo, puede reducir el número de pacientes que, por miedo o temor, no prueban el tratamiento.

Barreras en la comunicación médico-paciente

Los datos que hemos comentado anteriormente reflejan de forma clara cómo aún sigue existiendo una gran barrera entre el médico y el paciente que dificulta la comunicación entre ambos. Este hecho va cambiando a medida que cambia la figura del médico y aumenta el nivel sociocultural de la población. El médico es el referente primordial para el paciente, debe dar la *confianza básica* al mismo ante cualquier problema de salud o enfermedad.

Los rasgos positivos que debe tener un médico incluyen: consideración, paciencia, empatía, sentido del humor, interés por su problema, flexibilidad, eficiencia y profesionalidad.

Las claves de la comunicación general, y médica en particular, deben incluir: desarrollar la creatividad, comunicar desde una actitud positiva, ser coherente y equilibrado, atender y saber escuchar, **empatía** y **assertividad** y mejorar la comunicación no verbal.

Ofrecer *feedback* al paciente es un hecho que siempre nos tiene que preocupar en nuestra consulta, especialmente cuando los temas a tratar son de índole sexual. Los siguientes consejos pueden ayudar a ofrecer este *feedback* a nuestros pacientes: iniciar siempre la conversación por los aspectos positivos, utilizar un lenguaje claro referido a acciones concretas, contestar a todas las preguntas del paciente, poner énfasis en lo que ayuda a mejorar, no ofrecer demasiada información ni utilizar rodeos, evitar el exceso de información, adaptarlo a cada paciente y asegurarnos de que se va tranquilo y satisfecho.

Cada vez más la clave del éxito de la relación médico-paciente radica en el buen equilibrio entre la realidad que ocurre o va a ocurrir (realidad presente o futura) y las expectativas del paciente. Cuando más paralelismo seamos capaces de desarrollar entre ambas situaciones, mejor será nuestra relación con el paciente. Así, algunas de las siguientes preguntas es importante hacerlas y contestarlas: ¿cómo me gustaría que fueran mis relaciones sexuales?, ¿cuántas veces?, ¿qué tipo?, ¿cuánto creo que es el tiempo *normal* para eyacular?, ¿cómo creo que le gustaría a mi pareja?

En conclusión, la relación médico-paciente es clave para la confianza mutua y el éxito de cualquier tratamiento, y más específicamente en la EP. Por otro lado, y en coherencia con lo anterior, alcanzaríamos el resultado óptimo contra la EP con la terapia combinada, mediante el uso de fármacos y la psicoterapia cognitivo conductual, en cuyo procedimiento es básica la información y la empatía con el paciente y su padecer.

EN EL 50.º ANIVERSARIO DE LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA ¿QUÉ TIENE QUE DECIR LA MEDICINA SEXUAL?

Manuel Mas García

Departamento de Fisiología y CESEX (Centro de Estudios Sexológicos). Universidad de La Laguna. Tenerife. España.

El pasado mes de mayo se cumplió el 50 aniversario de la aprobación del primer fármaco anticonceptivo, *la píldora*, por la *Food and Drug Administration* (FDA) estadounidense. Esta presentación revisa los principales hitos de su desarrollo histórico, la evolución de su farmacología, sus implicaciones para la salud y las consecuencias sociales.

El progresivo conocimiento de la fisiología reproductiva a comienzos del siglo XX llegó a la constata-

ción de que tras la ovulación se entraba en un estado hormonal que se asemejaba, aunque en menor grado, al del embarazo, durante el cual era sabido que no se producían ovulaciones. Un fisiólogo austriaco, Ludwig Haberlandt demostró en la década de 1920 que la administración de extractos orales de cuerpo lúteo a roedores impedía la ovulación y propuso dicho tratamiento para el control de la natalidad en las mujeres. Sin embargo; su desarrollo se veía impedido por la falta de fuentes económicamente rentables de los esteroides ováricos (o sucedáneos válidos de los mismos). Fue el químico estadounidense Russel Marker quien, en 1943, consiguió obtener progesteronona y sustancias relacionadas (progestágenos, principal secreción del cuerpo lúteo determinante del freno de la ovulación) en grandes cantidades a partir de plantas; se abría así el camino a la extensa investigación de sus posibilidades reproductivas y contraceptivas. Disponiendo ya de dichas hormonas se necesitó el impulso decisivo de activistas por el derecho a la contracepción, como Margaret Sanger y Katahrine McCormick (quien financió el proyecto de su fortuna personal), para que se pudiese desarrollar un anticonceptivo eficaz en una época en que la contracepción estaba legalmente prohibida en la mayoría de los países, incluyendo EE. UU. Consiguieron reclutar al biólogo Gregory Pincus y al ginecólogo John Rock para que desarrollasen la píldora anticonceptiva; tras diversos estudios de campo, fundamentalmente en Puerto Rico, donde las restricciones legales eran más laxas, se consiguió así la aprobación por la FDA en 1960 del primer anticonceptivo oral (Enovid®) que contenía un estrógeno y un gestágeno, ambos semisintéticos (combinación que sigue estando en la base de las *píldoras combinadas* desde entonces).

La contracepción hormonal (CH) alcanzó rápidamente una gran difusión por todo el mundo industrializado; actualmente en el promedio de tales países la toman alrededor del 20% de las mujeres en edad reproductiva. La CH ha evolucionado considerablemente. Se ha producido una reducción progresiva de las dosis, tanto de estrógenos como de gestágenos, buscando la disminución de efectos adversos (las actuales píldoras combinadas, de cuarta generación contienen un 20% y un 10%, respectivamente, de las dosis de estrógeno y gestágeno presentes en las formulaciones iniciales). Se han desarrollado otras formas de CH, como la *minipíldora* de gestágeno solo, el DIU con gestágeno o la contracepción postcoital hormonal (usando un gestágeno o un modulador de los receptores de progesterona). La incipiente CH masculina usando andrógenos y gestágenos se basa en el mismo principio de la píldora combinada femenina.

A lo largo de su historia, el uso de la píldora ha provocado periódicamente alarmas, algunas poco fundadas, sobre sus efectos adversos, especialmente el tromboembolismo, lo que llevó a la mencionada reducción de dosis. A pesar de ser actualmente bastante segura, mantiene una serie de contraindicaciones, por lo que debe ser siempre prescrita por un profesional cualificado. Por otra parte, se le reconocen varios beneficios no contraceptivos, como prevención de varios problemas ginecológicos, incluido el cáncer de ovario. Está aprobado por la FDA el uso de algunas de ellas para el tratamiento del acné *vulgaris*. Desde el punto de vista sexológico, a la mayoría de las mujeres les ha proporcionado un medio de poder disfrutar de su sexualidad sin la angustia de arriesgar un embarazo no deseado; sin embargo el experto en medicina sexual debe tener presente que en una proporción significativa de mujeres, algunos de los preparados de la CH tienen efectos inhibitorios sobre diversos aspectos de su respuesta sexual; identificarlos permite prescribir métodos alternativos.

Desde el punto de vista social, la píldora ha tenido una influencia amplia y profunda. En primer lugar, llevó a la pronta derogación de las leyes que prohibían la contracepción. Se ha atribuido a la píldora una influencia en la *revolución sexual* de los años sesenta, pero las actuales investigaciones sociológicas tienden a reducir su impacto en ella. Un aspecto relativamente poco conocido es el debate que generó dentro de la Iglesia Católica, que llevó a la formación de una Comisión Pontificia de estudio y debate que recomendó su aprobación, aunque presiones de diversa naturaleza llevaron a la prohibición por la jerarquía de cualquier forma de contracepción *artificial*. Su efecto en la población católica fue, sin embargo, muy escaso, ya que en la mayoría de los países en que esta confesión es predominante se hace un amplio uso de la misma.

Podríamos concluir afirmando que la disponibilidad de un medio de contracepción temporal eficaz, proporcionado inicialmente por la píldora, ha resultado ser decisiva para permitir el desarrollo profesional de muchas mujeres; en definitiva, para promover efectivamente la igualdad de género.

Bibliografía

1. Carson C, Wyllie M. Improved ejaculatory latency, control and sexual satisfaction when PSD502 is applied topically in men with premature ejaculation: results of a phase III, double-blind, placebo-controlled study. *J Sex Med*. 2010;7:3179-89.
2. Giuliano FA, Leriche A, Jaudinot EO, de Gendre AS. Prevalence of erectile dysfunction among 7689 patients with diabetes or hypertension, or both. *Urology*. 2004;64:1196-201.
3. Estudio EMEA 2010. Tiempo desde el diagnóstico de EP hasta que consulta con su médico.