



emergen
DOC guía rápida

documentos
 clínicos
 semergen

Salud sexual del hombre

área de sexología





© de los contenidos SEMERGEN

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

© Saned 2015

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

ISBN: 978-84-96835-65-8

Depósito Legal:

Coordinación Técnica y Editorial

saned.
GRUPO

Capitán Haya, 60. 28020 Madrid. Tel.: 91 749 95 06
Anton Fortuny 14-16, Edificio B, 2º, 2ª 08950 Esplugues de Llobregat (Barcelona). Tel.: 93 320 93 30

Diseño, maquetación e impresión: puntoyseguido, SL





Una función de las Sociedades Científicas como SEMERGEN es facilitar actividades de Formación Continuada, que permitan al médico de familia realizar su trabajo con garantías de calidad y excelencia.

Dentro del desarrollo de los documentos clínicos SEMERGEN DoC, y como consecuencia de la excepcional acogida que ha tenido este manual entre médicos de AP, parecía natural la creación de una guía de bolsillo que permita una rápida visión para una toma de decisiones ágil y adecuada.

Agradecemos a los distintos grupos de trabajo implicados, así como al laboratorio patrocinador Menarini, el esfuerzo realizado para llevar a cabo esta adaptación de la obra de referencia SEMERGEN DoC Salud sexual del hombre y deseamos que sea de utilidad para todos los médicos de Atención Primaria.

José Luis Llisterri Caro
Presidente Nacional de SEMERGEN





Coordinadores científicos

Froilán Sánchez Sánchez

*Doctor en Medicina. Master en Sexología y Psicoterapia Integrativa
Centro de Salud de Xàtiva. Valencia
Coordinador del Grupo de Sexología de Semergen*

Ana Rosa Jurado

*Doctora en Medicina. Sexóloga. Instituto Europeo de Sexología.
Marbella (Málaga)
Secretaría del Grupo de Sexología de Semergen*

Autores

Ana Rosa Jurado

*Doctora en Medicina. Sexóloga. Instituto Europeo de Sexología.
Marbella (Málaga)
Secretaría del Grupo de Sexología de Semergen*

Antonio Ferrández Infante

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud "Alicante". Fuenlabrada, Madrid
Miembro del Grupo de Sexología de Semergen*

Carlos San Martín Blanco

*Doctor en Medicina. Sexólogo. Psicoterapeuta
Secretario General y Académico Permanente de la Academia
Española de Sexología y
Medicina Sexual
Coordinador del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud,
CIPSA, Santander*

Elena-Urraca Villalva Quintana

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Experta en Sexología: educación Sexual
EAP "María de Guzmán". Alcalá de Henares, Madrid
Miembro del Grupo de Sexología de Semergen*

Felisa Suárez Santiago

*Médico de familia. Máster en Sexología y en Psicoterapia conduc-
tivo-conductual
Centro de salud de Canalejas (Las Palmas de G.C.)
Miembro del Grupo de Sexología de Semergen
Francisco José Brenes Bermúdez
Médico de familia Centro de Atención Primaria Llefà, Badalona.*

Comité editorial

Federico Pérez Agudo

*Médico de familia. Centro de Especialidades Médicas de Madrid
5 (Madrid)
Profesor Clínico de la Facultad de Medicina Universidad de Alcalá*

*Coordinador del GT de Urología Semergen.
Miembro del Grupo de Sexología de Semergen*

Froilán Sánchez Sánchez

*Doctor en Medicina. Master en Sexología y Psicoterapia Integra-
tiva.
Centro de Salud de Xàtiva. Valencia
Coordinador del Grupo de Sexología de Semergen*

Joan Mir Pizà

*Médico de familia. Master en Sexología y Psicoterapia Integrativa
Máster en Terapia de Conducta
Coordinador de Espai Terapèutic, Palma de Mallorca
Centro de Salud Martí Serra, Marratxí, Mallorca
Miembro del Grupo de Sexología de Semergen*

M^º José Tijeras Úbeda

*Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Sexólogo
Centro Salud La Cañada. Almería
Miembro del Grupo de Sexología de Semergen*

María Lara Torres

*Médico residente en Medicina Familiar y Comunitaria
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander
Miembro del Grupo de Sexología de Semergen*

Miriam Lorenzo Santana

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Miembro del grupo de Sexología de Semergen*

Rosa María Montaña Hernández

*Sexóloga. Médico de Atención Familiar y Comunitaria
Directora de la Clínica Hedner*





Fisiología de la sexualidad	6-13
Salud sexual y calidad de vida	14-17
Problemas de salud y sexualidad:	
enfermedades crónicas, riesgo CV, HBP	18-25
Clasificación de los trastornos sexuales	26-28
La anamnesis en la historia clínica de salud sexual	29-34
Evaluación de los problemas sexuales	35-40
Recursos diagnósticos complementarios	41-45
Manejo de las preocupaciones sexuales	
más frecuentes del hombre por parte del médico de familia	46-48
Trastornos parafilicos	49-52
Trastorno de la identidad sexual	53-57
Disfunción eréctil	58-70
Trastornos de la eyaculación y el orgasmo masculino	71-82
Trastorno del deseo sexual	83-89
Terapia sexual básica en AP	90-92
Actividades preventivas y de promoción de la salud sexual	
en el hombre	92-95



www.semergen.es/semergendoc

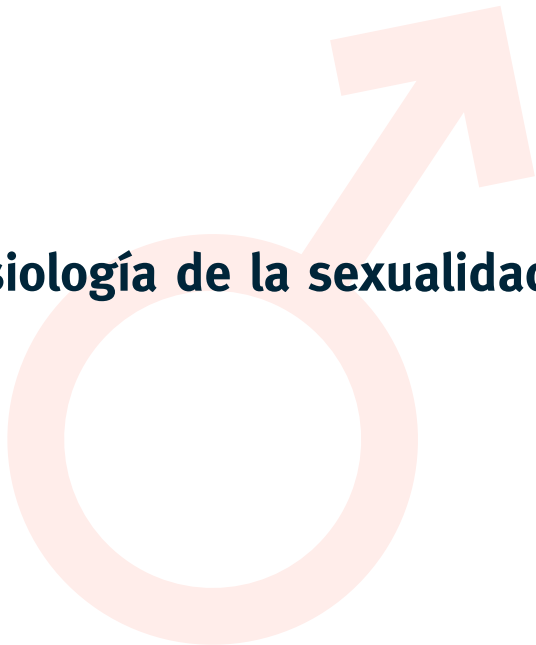
semergen DOC
documentos clínicos semergen

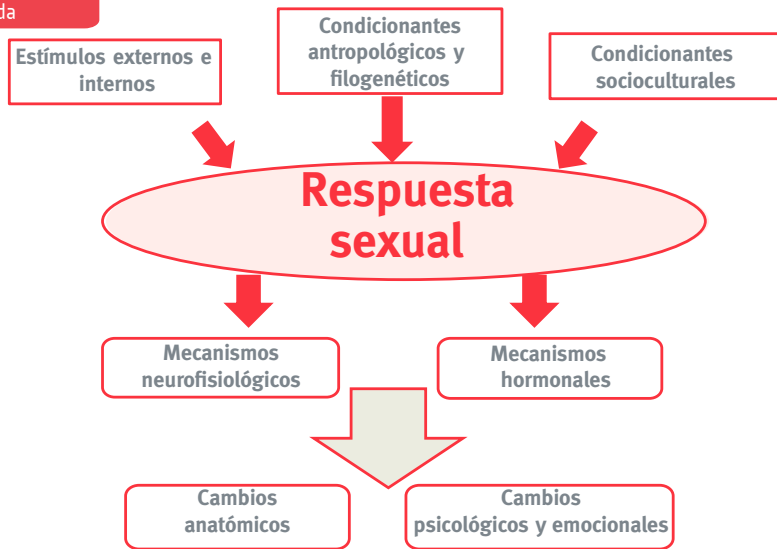


6



Fisiología de la sexualidad





Tomada de: Lorenzo M, Tijeras M. Respuesta sexual masculina. En: San Martín C, Sánchez F. Abordaje de la eyaculación precoz en Atención Primaria. Barcelona: Profármaco, 2, 2013.

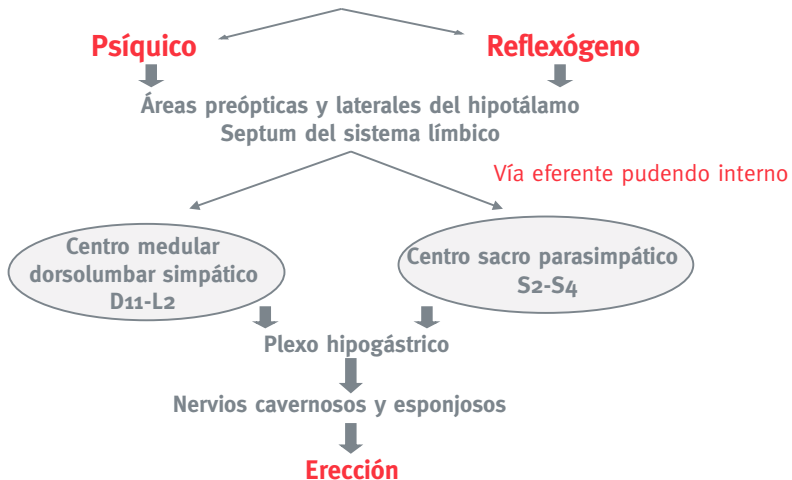
semergen DOC
documentos clínicos semergen

Modelos de respuesta sexual según Masters y Johnson y Helen Kaplan



Neurofisiología de la erección

Estímulo sexual



Tomada de: Lorenzo M, Tijeras M. Respuesta sexual masculina. En: San Martín C, Sánchez F. Abordaje de la eyaculación precoz en Atención Primaria. Barcelona: Profármaco,2, 2013.

semergen DOC
documentos clínicos semergen

El reflejo eyaculatorio, como cualquier reflejo, dispone de:

- Zonas sensitivas reflexógenas. Primarias/secundarias.
- Vías aferentes y eferentes.
- Centros efectores medulares.

Centro simpático
(D12-L2)

N. hipogástrico

Fase de emisión: contracción epidídimo, deferente, vesícula seminal y próstata, y del cierre de los esfínteres interno y externo

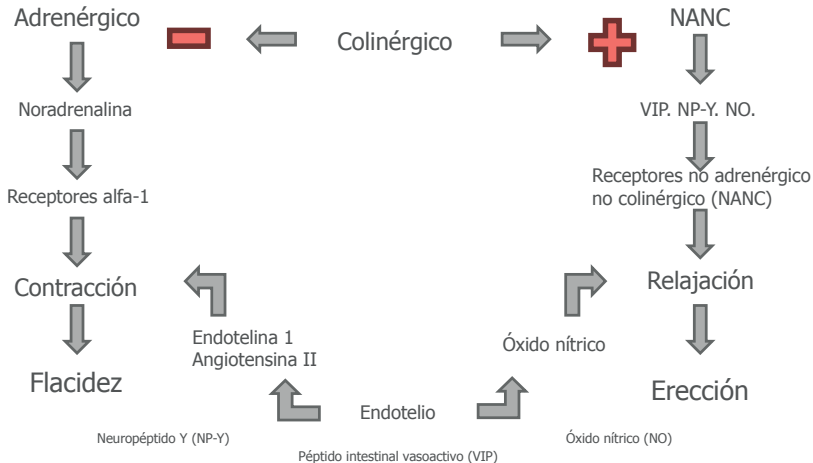
Centro parasimpático
(S2-4)

N. pudendo interno

Fase de expulsión: contracciones de los músculos isquiocavernoso y bulbocavernoso y de la relajación del esfínter externo + cierre completo del cuello de la vejiga (evita eyaculación retrógrada)

- Centros superiores. Núcleo lumbar espinotalámico (L3 y L4). Área preóptica medial, núcleo talámico paraventricular, núcleo paragigantocelular.

Neurotransmisores de la erección



Adaptada y tomada de: Lucas M. Cabello F. Introducción a la Sexología Clínica. Madrid: Editorial Elsevier; 2007.

semergen DOC
documentos clínicos semergen

Eje hipotálamo-hipófisis-testículo: andropausia



niveles de LH y de las células de Leydig decrecen con la edad:

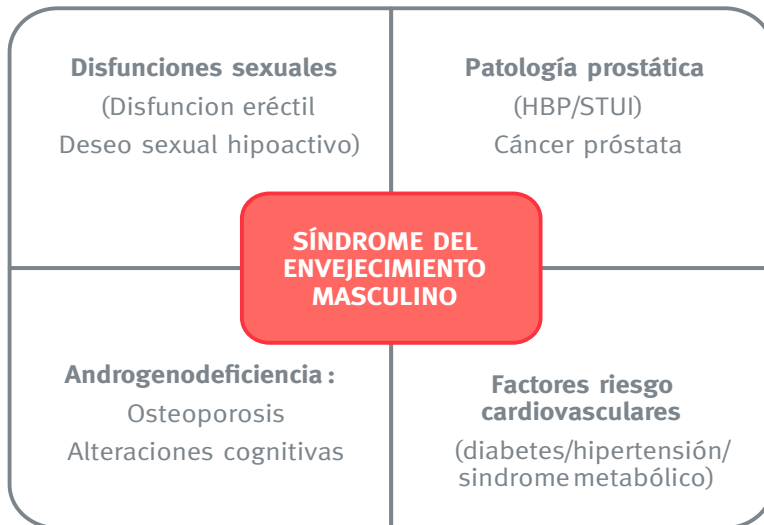
Disminución **gradual** en la producción de testosterona y un incremento de la SHBG lo que supone una reducción de la testosterona total de hasta el 50% y especialmente la biodisponible que desciende un 1% por año.

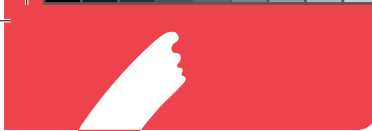
Eje somatotropo: hipotálamo-hormona de crecimiento-somastotatina-igf1: somatopausia



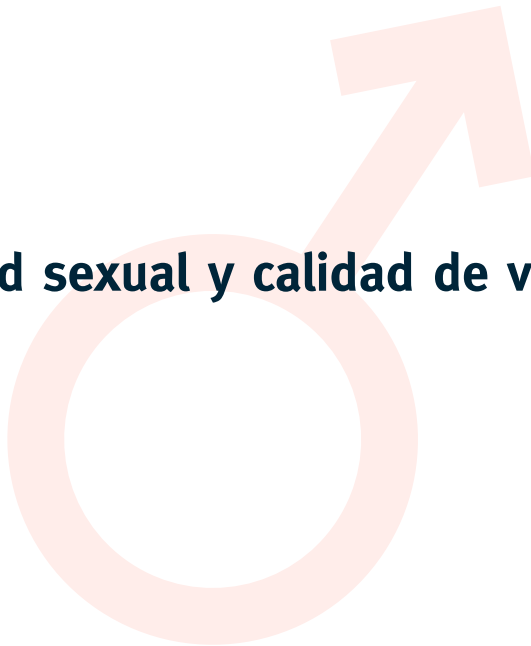
los niveles de GH e IGF1 y se modifica su ciclo productivo circadiano y estacional: efectos sobre el metabolismo lipídico, glucémico u óseo

Síndrome del envejecimiento masculino





Salud sexual y calidad de vida



- La sexualidad supone un aspecto fundamental en la salud del individuo e integra tanto aspectos orgánicos como psicosociales.
- El comportamiento sexual requiere de un proceso de aprendizaje, y por ello la adecuada educación sexual es clave en el desarrollo integral humano.
- Una vida sexual saludable aporta numerosos beneficios.

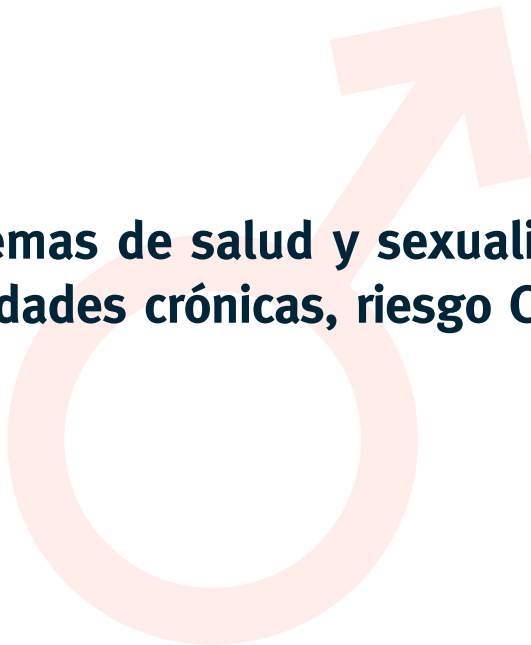
- Los niveles de salud física están significativamente relacionados con la actividad sexual (Waite et al, 2009).
- La frecuencia sexual, una buena calidad de vida sexual y el interés por el sexo se asocian positivamente con la salud (Lindau et al, 2010).
- Las disfunciones sexuales se han correlacionado con niveles más bajos de calidad de vida.

Disfunciones sexuales Comorbilidad

- Muchas personas no relacionan los trastornos sexuales con otras enfermedades que sufren, y por ello muchos casos pasan sin diagnosticar (Shabsigh et al, 2010).
- Los resultados más negativos en salud sexual en ambos sexos, correspondieron a los pacientes que sufrían 2 o más comorbilidades o tomaban 2 o más medicamentos (Palacios-Ceña D et al, 2012).



Problemas de salud y sexualidad: enfermedades crónicas, riesgo CV, HBP



Varios son los argumentos en los que se sustenta la relación entre DE y ECV (I)

- Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) implicados en la enfermedad vascular aterosclerótica también se encuentran en la DE.
- El papel del óxido nítrico (NO) en la patogenia de la DE demuestra el vínculo con la ECV.
- La DE se halla con mucha frecuencia entre los pacientes que padecen otro tipo de ECV (cardiopatía isquémica, diabetes mellitus (DM), HTA, arteriopatía periférica).
- La severidad de la DE se correlaciona con la ECV, pudiendo predecir tanto la enfermedad coronaria como el ictus.

Varios son los argumentos en los que se sustenta la relación entre DE y ECV (II)

- La DE es síntoma y signo de algunas enfermedades y actúa como CENTINELA de las mismas. Avisa de la existencia de otras enfermedades aún no diagnosticadas.
- El 93% de los pacientes con ECV habían tenido síntomas de DE durante los 24 meses anteriores a su diagnóstico.
- Algunos autores califican a la DE de enfermedad endotelial difusa.



Montorsi P, et al. Eur Heart J 2006; 27(22): 2632-9.
Solomon H, et al. Heart. 2003; 89:251-253.

semergen DOC
documentos clínicos semergen



DE y diabetes

- La DM es la enfermedad endocrino-metabólica que más se asocia a la presencia de DE. Comparado con la población general, aparece a edades más tempranas y es más severa.
- En el estudio DIVA, realizado en España sobre 1.400 diabéticos tipo 2 (DM2), los autores aprecian una elevada prevalencia de factores de riesgo de ECV, tanto asintomática como manifiesta.
- Los mecanismos fisiopatológicos por los que aparece DE en los pacientes diabéticos son:
 - Neuropatía peneana diabética, lesión o alteración del sistema nervioso periférico, dependientes de la metámera S2-4.
 - Vasculopatía diabética. Existe patología vascular en el 33-90% de los pacientes con DE.
 - Existen alteraciones a nivel de los mecanismos neurológicos y endoteliales que dificultan la relajación del músculo liso trabecular del cuerpo cavernoso.



González-Juanatey JR, et al. Med Clín. 2009;132:291.

semergen DOC
documentos clínicos semergen

- La HTA afecta a la función sexual del varón ya desde su inicio, independientemente del tratamiento posterior.
- Los varones con HTA presentan una prevalencia más alta de DE que la población general. El 8-10% de pacientes hipertensos no tratados presentan DE en el momento de su diagnóstico.
- Los fármacos usados en patologías cardiovasculares demuestran que solamente están implicados los diuréticos tiazídicos y betabloqueantes excepto nebivolol.



Guirao Sánchez L, et al. Rev Int Androl. 2008;6:18-22.
Baumhäkel M., et al. International Journal of Clinical Practice, 2011; 65: 289–298.

semergen DOC
documentos clínicos semergen



DE e hiperplasia benigna de próstata (HBP)



- La DE y la HBP en varones mayores de 50 años de edad presentan una elevada y parecida prevalencia.
- La HBP es la causa más frecuente (66%) de la presencia de síntomas del tracto urinario inferior (STUI).
- Muchos varones afectados de STUI secundarios a HBP presentan una disminución de su función sexual, por lo que debemos considerarlo cuando pautemos un tratamiento para la HBP.

Martín-Morales A, et al. J Urol 2001;166(2):569-74.
Chicharro-Molero JA, et al. J Urol. 1998;159(3):878-82.
Martín-Morales A, et al. J Urol 2001;166(2):569-74.
Chicharro-Molero JA, et al. J Urol. 1998;159(3):878-82.



Diferentes estudios muestran que existe relación entre la presencia de STUI/HBP y la DE

- En España en el estudio EDEM. El riesgo de presentar DE en pacientes con STUI moderados es de 2 y de 3 en pacientes con STUI graves.
- En el estudio MSAM 7, el 50% de los hombres de 50 a 80 años de edad presentan disfunciones sexuales relacionadas con los STUI. Se evaluaron a 12.815 pacientes. Se distribuyeron en tres grupos según la edad: 1º: 50-59 años, 2º: 60-69 años, 3º: 70-79 años. Los que no presentan STUI muestran un menor índice en la reducción de la rigidez en todos los grupos de edad.
- La capacidad eréctil declina en relación directa con la gravedad de los STUI, independientemente de la edad.



Martín-Morales A, et al. J Urol 2001;166(2):569-74.
Rosen R, et al. Eur Urol. 2003; 44:637-649.

semergen DOC
documentos clínicos semergen



Se han formulado diversas hipótesis que reflejan una fisiopatología común de los STUI y de la DE

- La relación está apoyada por cuatro teorías involucradas en sus génesis, no mutuamente excluyentes.
- Cambios en la sintetasa de óxido nítrico/óxido nítrico (NOS/NO) de la vía guanina monofosfatasa de la próstata y del pene. Disminuye la oxigenación sobre todo del músculo liso.
- Síndrome metabólico, la hiperactividad autonómica y el rol de los alfa adrenorreceptores. Se han observado cambios en la neuro-regulación del tracto urinario inferior, secundarios a procesos de envejecimiento, asociados a hiperactividad del simpático.
- La activación de la rho-kinasa, y la vía de la endotelina, genera un proceso inflamatorio.
- Las consecuencias fisiopatológicas de la aterosclerosis pélvica sobre el ON. La reducción de la producción de NOS/NO en la pelvis afectaría al pene, a la vejiga y a la próstata.

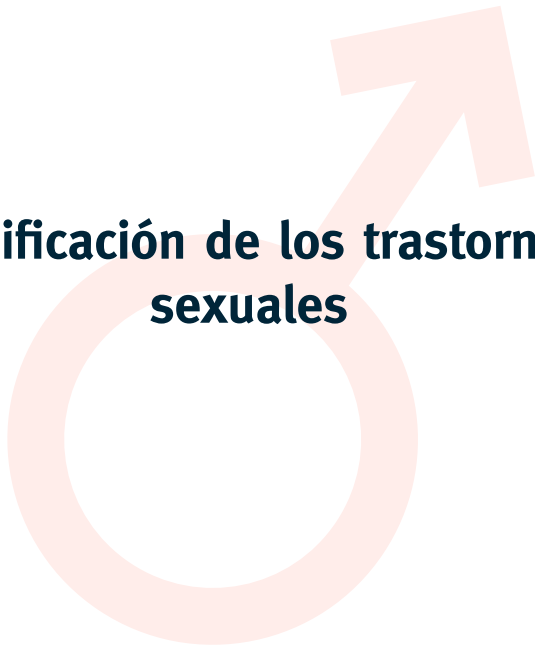


Rhoden EL, J Sex Med. 2008;5(11):2662-68.

semergen DOC
documentos clínicos semergen



Clasificación de los trastornos sexuales



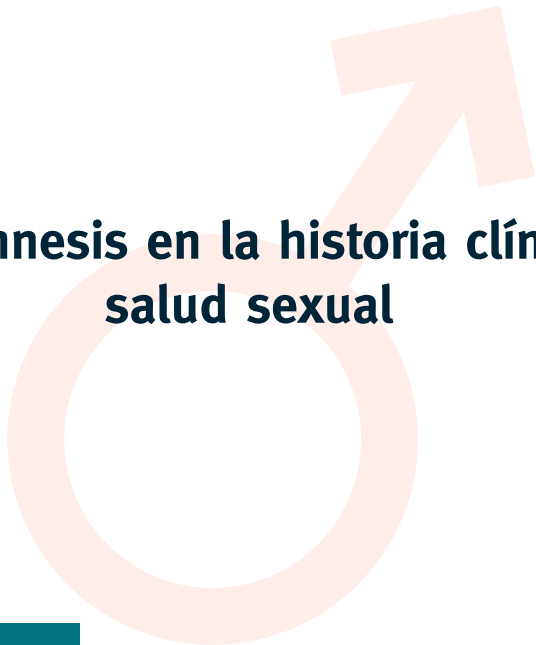
Clasificación por subtipos de los trastornos sexuales

- **Según su naturaleza temporal:**
 - Primario o “de toda la vida”.
 - Secundario o “adquirido”.
- **Según el contexto en que aparece:**
 - General.
 - Situacional.
- **Según factores etiológicos:**
 - Debido a factores psicológicos.
 - Debidos a factores exclusivamente orgánicos.
 - Debido a factores combinados (psicológicos+ médicos+ sustancias tóxicas).
- **Según la parcela de la sexualidad implicada:**
 - Trastornos del ciclo de la respuesta sexual.
 - Trastornos no relacionados con el ciclo sexual.
 - Disforia sexual.
 - Trastornos relacionados con la orientación del deseo y el patrón de excitación sexual.

- **Alteraciones en la fase de deseo:**
 - Deseo sexual hipoactivo.
 - Trastorno por aversión al sexo.
- **Alteraciones en la excitación:**
 - Trastorno de la excitación femenina.
 - Trastorno de la erección.
- **Alteración en la fase de orgasmo:**
 - Anorgasmia femenina.
 - Trastornos orgásmicos/eyaculatorios masculinos:
 - Eyaculación precoz (EP).
 - Eyaculación retardada.
 - Aneyaculación.



La anamnesis en la historia clínica de salud sexual



Circunstancias en las que se recomienda la búsqueda activa de DS

Con independencia de cual sea el sexo

- Presencia de FRCV, patología CV o respiratoria crónica.
- Infecciones urinarias o genitales.
- Infecciones o lesiones traumáticas proctológicas.
- Incontinencia de orina.
- Convalecencia tras cirugía. Antecedentes de cirugía pélvica.
- Lesiones dermatológicas sugestivas de ETS.
- Pacientes que solicitan serología de VIH, lúes o VHB/VHC y parejas de personas seropositivas (VIH o VHB).
- Drogodependencia (especialmente ADVP).
- Viajes (turismo sexual).
- Antecedente de traumatismos pélvicos o perineales.
- Síntomas psicológicos.
- Tratamiento con fármacos que alteran la respuesta sexual.
- Hipersensibilidad al látex.



Pauta de anamnesis propuesta



Situación A: El paciente no consulta por su propia iniciativa y el médico sospecha la presencia de posible DS.

En el momento oportuno, preguntar:

¿Considera que sus relaciones sexuales son satisfactorias? Si la respuesta es sí, deberíamos añadir ¿tanto para usted como para su pareja?

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Desde cuándo le sucede?
- ¿Cuándo se manifiesta?
- ¿A qué cree que se debe?
- ¿Cómo lo vive usted?
- ¿Hay alguna práctica sexual que no le satisface?
- ¿Se toma el tiempo necesario para mantener relaciones sexuales?
- ¿Tiene fantasías sexuales?
- ¿Conoce los cambios que suceden en su cuerpo durante la actividad sexual?
- ¿Desea cambiar la situación en que se encuentra?
- ¿Lo habla con su pareja? (si la hay) ¿Cuál es su actitud?
- Intentos previos de solución y resultados alcanzados.
- Expectativas terapéuticas.



Pauta de anamnesis propuesta

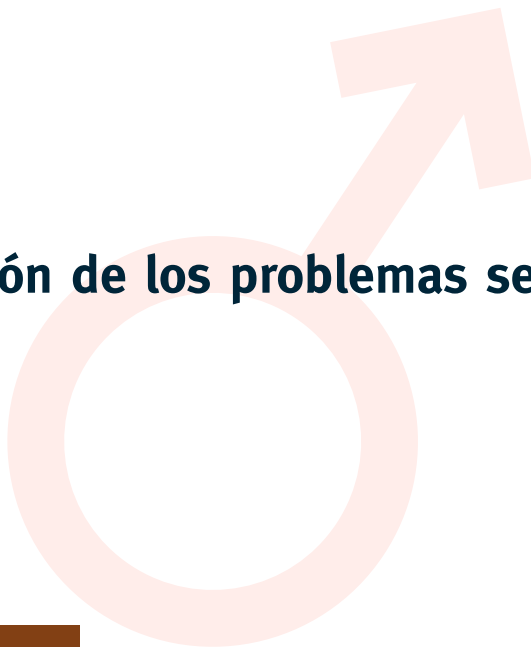


Situación B: El paciente consulta por su propia iniciativa un problema sexual.

En este caso, la entrevista se centrará en obtener respuesta a los apartados descritos: cuál es el problema, desde cuándo le sucede, cómo lo viven, etc.

Contenidos de una anamnesis sexual básica

- Datos puberales (edad de la menarquia, erecciones y poluciones nocturnas).
- Historia anticonceptiva y reproductiva.
- Primeras experiencias sexuales (edad, orientación sexual, conductas de riesgo de embarazo o de infección de transmisión sexual (ITS), vivencia y/o grado de satisfacción).
- Relaciones actuales.
- Información sobre la respuesta del ciclo sexual en el pasado y en el momento actual.



Evaluación de los problemas sexuales



- **Historia médica:**

- Antecedentes médicos familiares.
- Antecedentes personales de interés: especial atención a factores de riesgo.
- Cardiovascular o traumatismos en zona pélvica o medular.
- Hábitos tóxicos y estilos de vida no saludables.
- Tratamientos actuales y pasados: farmacológicos, médicos y quirúrgicos.



Evaluación del paciente con DS (II)

• Exploración física:

- Sistema vascular: talla, peso, índice masa corporal (IMC), tensión arterial, auscultación cardiovascular, Índice tobillo-pie, índice tobillo–brazo (ITB: 0,9-1,1 normal); pulsos inguinales, de cuerpos cavernosos y distales, auscultación soplos abdominales e inguinales.
- Sistema neurológico: ante la sospecha de una DS de origen neurogénico (no olvidar las neuropatías periféricas de diabéticos) explorar sensibilidad perineal y reflejos bulbocavernoso, anal digital, cremastérico.
- Sistema endocrino: alteraciones del hábito corporal, caracteres sexuales secundarios (hipogonadismo).
- Sistema genitourinario: examinar genitales externos y próstata.

- **Evaluación mental:**

- Los varones con patología mental tienen mayor riesgo de padecer DS debido al propio trastorno, a su predisposición individual, historia personal y secundaria a la medicación.
- Investigar morbilidad psiquiátrica previa o reactiva a la DS, además de la valoración de rasgos de personalidad patológicos.

- **Evaluación psicosexual:**

- Aspectos cognitivos y emocionales.
- Educación sexual.
- Actitudes hacia la sexualidad y biografía psicosexual.
- Evaluación familiar y socio-laboral:
- Estado civil, estructura familiar, etapa de ciclo familiar.
- Detectar factores vitales estresantes.

- El trastorno sexual no sólo afecta a la emoción de la persona que lo padece, sino a la propia relación de pareja, si la tiene.
- Es fundamental conocer el estado previo en el que se encuentra la pareja. La DS es causa y consecuencia de una mala relación de pareja.
- El 55% de las mujeres parejas de varones con disfunción eréctil acabarán desarrollando una disfunción sexual femenina.
- Hay distintos factores que afectan al modo en el que una pareja se enfrenta a una DS.



Recursos diagnósticos complementarios



Situaciones clínicas en las que se deben de solicitar pruebas de laboratorio

- DS por trastorno de la respuesta sexual.
- DS cuya aparición está relacionada con la presencia de enfermedades médicas.
- DS cuya aparición está relacionada con el consumo de tóxicos.
- DS relacionadas con la edad o el momento del ciclo vital.
- Contracepción hormonal.
- Prácticas sexuales de riesgo.



Determinaciones analíticas básicas en salud sexual

- Hemograma completo.
- Glucemia basal.
- Perfil lipídico.
- Pruebas de función renal y hepática.
- FSH, LH y prolactina.
- 17 beta estradiol.
- Testosterona libre o total.
- TSH y T₄.
- Cortisol plasmático y/o libre en orina de 24 horas.



Pruebas a realizar ante cualquier paciente con práctica sexual con riesgo de ITS

Enfermedad	Prueba específica	Período de incubación
Sífilis	VDRL o RPR, FTA-ABS o TPHA	De 18 a 27 días
Gonorrea	Tinción de Gram, cultivo de muestra uretral (en hombres) o cervical (en mujeres)	De 2-7 días
Virus hepatitis B	Marcadores HBsAg, anti-HBc	De 45-180 días
VIH/SIDA	Serología VIH	Entre 14 y 180 días
<i>Chlamydia trachomatis</i> (D-K)	Cultivo celular	De 2 a 3 semanas



Cuestionarios y autoinformes



Evalúan la función sexual en general:

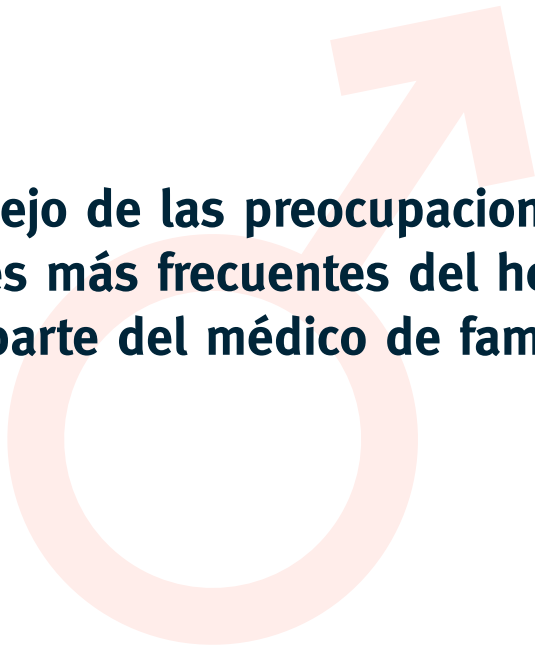
- *Sexual Opinión Survey.*
- *GRISS (Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction).*
- *PRSexDQ (Cuestionario de disfunción sexual secundaria a psicofármacos). También conocido como SALSex.*

Cuestionarios específicos:

- *IIEF (Índice internacional de la función eréctil).*
- *SHIM (Índice de salud sexual para el varón).*
- *SEP (Perfil del encuentro sexual del paciente).*
- *PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool).*



Manejo de las preocupaciones sexuales más frecuentes del hombre por parte del médico de familia





Principales preocupaciones sexuales masculinas

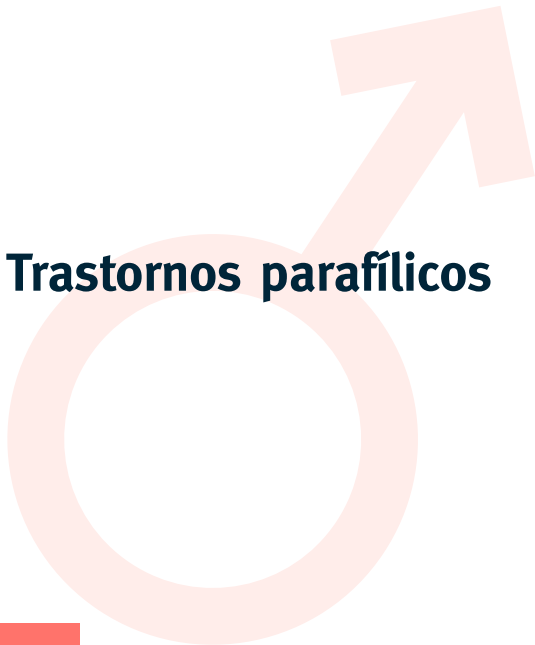
- Miedo a eyacular rápido.
- Miedo a perder la erección.
- La importancia del tamaño.
- Cuántas veces masturbarse es sano.
- El condón produce impotencia.
- Cómo hacer que ella alcance el orgasmo.
- Mi pareja no me desea.
- Cómo hacer el amor varias veces seguidas.

Algunos mitos y falacias sexuales del hombre

- Cada persona dispone de un número limitado de experiencias sexuales y cuando esas experiencias se han agotado la actividad sexual para ese individuo se ha terminado.
- Los calvos gozan de una mayor potencia sexual.
- Durante el embarazo debe evitarse el coito.
- Existen dos tipos de orgasmos en la mujer: uno vaginal y otro clitoridiano.
- La satisfacción sexual en la mujer depende del tamaño del pene.
- El orinar por parte de la mujer después del coito o el practicarlo en posición de pie, evita el embarazo.
- La vida sexual de la mujer termina con la menopausia o la histerectomía.
- Para que se produzca la concepción en una pareja es necesario que ambos alcancen el orgasmo simultáneamente.



Trastornos parafílicos



Impulsos, fantasías o comportamientos que incluyen objetos no humanos, el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de la pareja, niños u otras personas que no consienten, presentes al menos por seis meses.

Principales características:

- Pueden concurrir varias parafilias en el mismo sujeto.
- Los parafílicos suelen presentar escasas habilidades sociales y ningún autorreproche (consultan sólo si son descubiertos).
- Podrían pertenecer al espectro obsesivo-convulsivo.
- La prevalencia es baja y afecta generalmente a hombres heterosexuales.
- La adversidad en la infancia (abusos sexuales, carencia de vínculos parentales) podría predisponer su desarrollo.



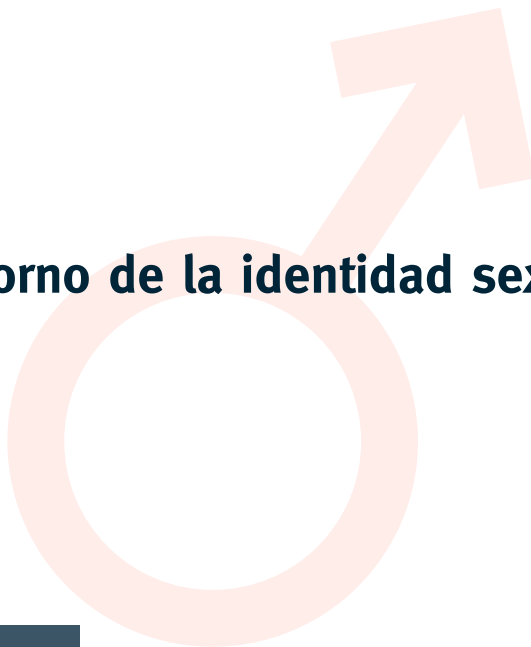
Parafilias más frecuentes

- **Exhibicionismo:** Sentir placer erótico al mostrar los genitales de forma sorpresiva a otros, generalmente en lugares públicos. No pretende mantener relaciones.
- **Pedofilia:** Excitación sexual intensa y recurrente de fantasías, deseos sexuales irrefrenables o comportamientos que implican la actividad sexual con uno o más niños prepúberes (menores de 13 años). El pedófilo tiene como mínimo 16 años y es 5 años mayor que su víctima.
- **Voyeurismo:** La excitación es derivada de la observación de una persona desprevenida que está desnuda, desnudándose o dedicada a una actividad sexual. Se asocia a la masturbación.

- Terapia cognitivo-conductual.
- Tratamiento farmacológico.
 - La combinación de ambos optimiza los resultados.
 - El tratamiento debe ser llevado a cabo por un especialista en Sexología.
 - Algunos fármacos utilizados son: acetato de ciproterona, triptorelina, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, topiramato, risperidona, litio...



Trastorno de la identidad sexual



En el DSMV se contempla diferenciando en infancia, adolescentes y adultos, se puede manifestar como la identificación persistente e intensa con el otro sexo a todos los niveles, acompañada de un constante malestar con el propio sexo o una sensación de estar ocupando un cuerpo que no le corresponde.

- Una persona con genitales de mujer que manifieste sentirse hombre, es un HOMBRE TRANSEXUAL (HT).
- Una persona con genitales de hombre que manifiesta sentirse mujer, es una MUJER TRANSEXUAL (MT).
- Existe 1 HT por cada 1,6-2,1 MT.



Manifestaciones en la vida y la salud de las personas

Aspectos sociales:

- Falta de integración social.
- Incomprensión del entorno.
- Altas tasas de ruptura familiar y/o relaciones cercanas (mejor integración familiar del HT).
- Mayor posibilidad de abandono escolar.
- Problemas de acceso al mercado laboral.
- Peor calidad de los trabajos (trabajos de riesgo).
- Menor uso de recursos sociales.
- Mayor vulneración de sus derechos.

Consecuencias sobre la salud:

- Mayor probabilidad de padecer violencia.
- Elevadas tasas de intento de suicidio.
- Abuso de sustancias.
- Automedicación.
- Distanciamiento del sistema sanitario.

- Ante la sospecha de disforia de género se recomienda la derivación a las Unidades de Atención a la Transexualidad (UAT).
- Principal papel de la Atención Primaria:
 - En la detección activa (cuando el paciente no expresa abiertamente su problema).
 - En la derivación, coordinación y acompañamiento en todo el proceso de la persona y de su familia.



Tratamiento



Hormonal

- Se inicia después de haber comenzado a vivir, al menos parcialmente, en el rol del sexo con el que se identifica.
- Hay que descartar contraindicaciones de uso y aconsejar estilos de vida saludables.
- El efecto puede no ser pleno hasta pasados 2-3 años, y depende de factores genéticos. No es efectivo aumentar las dosis, si provoca más efectos adversos.

Quirúrgico

Requiere:

- Tratamiento hormonal continuado durante uno o dos años.
- Cumplir la experiencia de la vida real con éxito durante el mismo periodo.
- Haber seguido un control regular multidisciplinar.

Intervención postquirúrgica

Multidisciplinar, con técnicas psicológicas en el ámbito sexual, terapia sexológica y abordaje de problemas que pueden surgir en el ámbito familiar, laboral, de pareja.



Disfunción eréctil





Concepto y definición

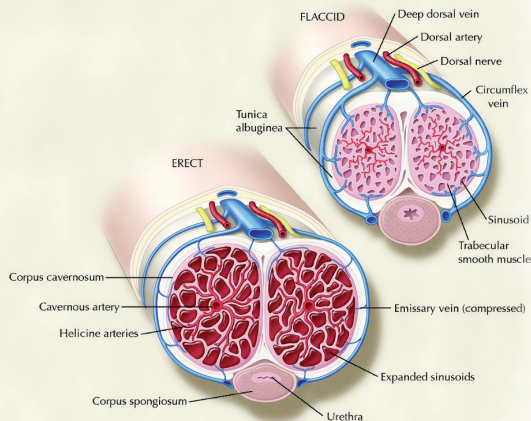


Se define la disfunción eréctil (DE) como la incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.

- Es un trastorno que no siempre se consulta.
- Según los datos del estudio EDEM la sufren del 12 al 19% de los españoles de 25 a 70 años.
- La edad es su principal factor de riesgo, seguidos de otros como bajo nivel económico, sedentarismo, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica.

Fisiología de la erección (I)

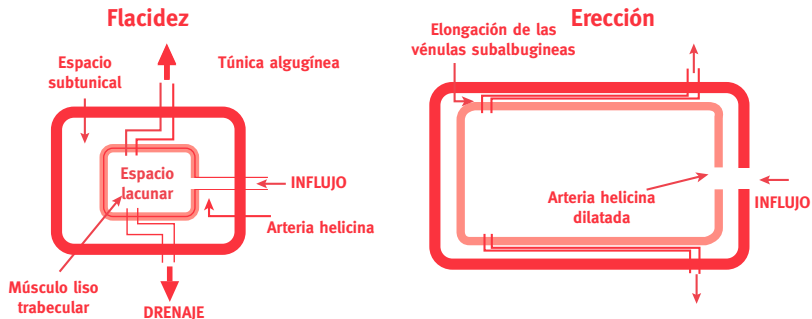
La erección se produce mediante un complejo proceso hidráulico en el que se implican mecanismos vasculares, musculares, neurológicos y endocrinos.



Anatomía y mecanismo de erección del pene

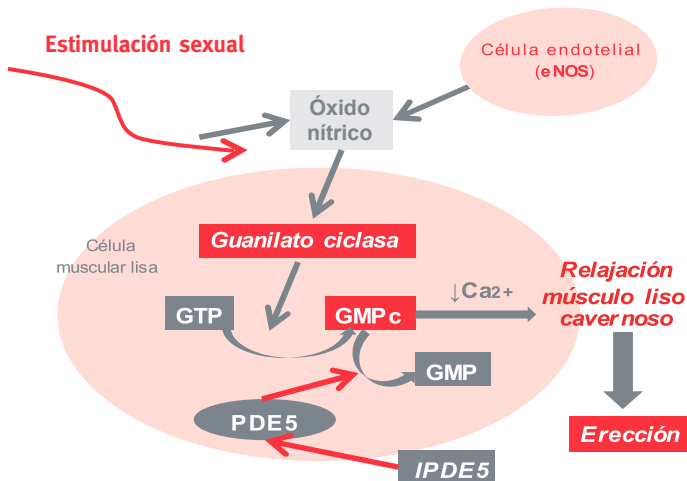
Fazio L, Brock. Erectile dysfunction: magement update. CMAJ 2004.





Esquema de la hemodinámica del tejido cavernoso en flacidez y en erección

El papel del NO y la vía del GMPc



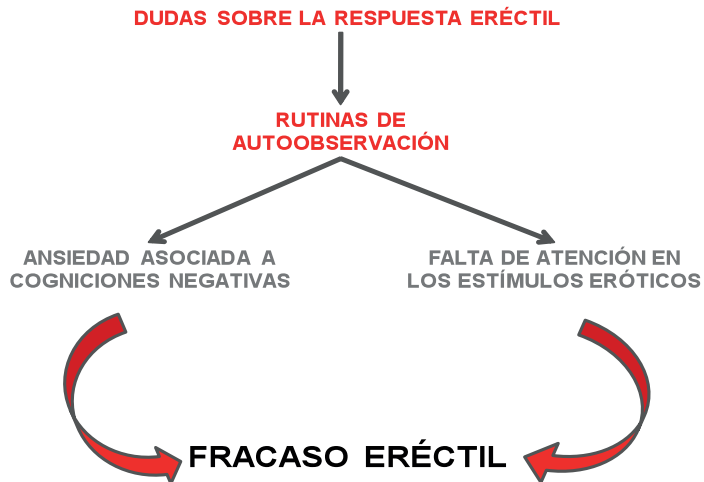
El óxido nítrico y la vía del GMPc en la erección

Sánchez Sánchez F. DE. El Médico Interactivo. Madrid: Saned, 2010



semergen DOC
documentos clínicos semergen

Ansiedad anticipatoria y actitud de espectador



Papel de la ansiedad y la interferencia cognitiva en la DE (modelo de Barlow)

Orgánica:

- Vasculogénica: A. Arteriogénica. B. Cavernosa. C. Mixta.
- Neurogénica.
- Anatómica.
- Endocrinológica.

Psicógena:

• Generalizada:

- Apatía generalizada: 1. Pérdida primaria de excitabilidad sexual. 2. Descenso de la excitabilidad relacionado con la edad.
- Inhibición generalizada: 1. Trastorno crónico de la intimidad sexual.

• Situacional:

- Relacionada con la pareja: 1. Pérdida de excitabilidad en una relación específica. 2. Pérdida de excitabilidad relacionada con el objeto de preferencia. 3. Gran inhibición central debida a conflictos de pareja o tratamientos.
- Relacionada con la ejecución: 1. Asociada con otra disfunción sexual (por ejemplo, eyaculación rápida). 2. Ansiedad de ejecución situacional (por ejemplo, miedo al fracaso).
- Aflicción psicológica o problemas de adaptación: 1. Asociado con un estado de humor negativo (por ejemplo, depresión) o mayor estrés vital (por ejemplo, muerte de la pareja).



Diagnóstico diferencial entre DE orgánica y psicógena

Características	Orgánica	Psicógena
Edad	> 50 años	< 40 años
Comienzo	Gradual	Agudo
Tiempo de evolución	> 1 año	< 1 año
Aparición	Permanente	Situacional
Curso	Constante	Variable
Erección extracoital	Pobre	Rígida
Problemas psicosexuales	Secundarios	Larga historia
Problemas de pareja	Secundarios	Al inicio
Ansiedad y miedo	Secundarios	Primarios

Opiáceos	Morfina, codeína
Inhibidores de la 4 alfa-reductasa (5-ARI)	Finasterida, dutasterida
Antihipertensivos	Diuréticos tiazídicos: hidroclorotiazida Diuréticos antialdosterona: espironolactona Beta Bloqueantes: propanolol, carvedilol, atenolol De acción central: clonidina, metildopa, reserpina
Antidepresivos	ISRS: paroxetina, sertralina, fluoxetina
Antivíricos	Ritonavir, tripanavir Ribavirina, IFN-alfa-2 ^a
Estatinas	Simvastatina, atorvastatina, rosuvastatina
Otros	Cimetidina Digoxina Ketoconazol Metoclopramida Antiblasticos Antiandrógenos



Grupos de riesgo para la DE

- Mayores de 50 años.
- Mayores de 40 años con 2 o más FRCV.
- Diabéticos (especialmente aquellos con más de 10 años de evolución).
- Hipertensos.
- Patología prostática (especialmente los prostatectomizados).
- Traumatismos pélvicos o perineales.
- ETS.
- Obesos.
- Fumadores.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Consumo alcohólico de riesgo.
- Consumo de otras sustancias de abuso.

Situaciones en las que está especialmente indicada su detección activa

- Identificar y corregir los procesos orgánicos que provocan o agravan la DE.
- Control de hábitos tóxicos.
- Información y consejo sexual.
- Intervención terapéutica.

Consideraciones previas

- El tratamiento es integral e individualizado, dirigiéndose tanto a los aspectos orgánicos como a los psicosexuales.
- Salvo que exista conflicto importante, si se puede, es recomendable implicar a la pareja en la discusión y elección del tratamiento.
- El objetivo es doble: conseguir que la experiencia sexual sea satisfactoria para el paciente y su pareja y, de haberlos, corregir los factores de riesgo CV.



Consejo sexual y asesoramiento



- Desgenitalización de la relación sexual y fomento de la sensualidad.
- Relaciones sexuales flexibles y no finalistas. El sexo no coital también resulta satisfactorio.
- Dedicarle tiempo a la sexualidad.
- Desdramatizar si pese a todo el encuentro sexual no ha transcurrido como era de desear.

	<u>Sildenafil</u>	<u>Vardenafilo</u>	<u>Tadalafilo</u>	<u>Avanafilo</u>
Dosis oral (mg)	25, 50 y 100	5, 10 y 20	5, 10 y 20	50, 100, 200
<u>T_{max}</u>	30-120 min, mediana 1 hora	30-120 min, mediana 1 hora	2 horas	30-45 minutos
<u>T_{1/2}</u>	3-5 horas	4-5 horas	17.5 horas	6-17 horas
Efecto de alimentos en <u>T_{max}</u>	Retraso	Retraso	No	Retraso
Dosificación	A demanda	A demanda	A demanda (10-20 mg) o diario (5 mg)	A demanda

Fichas técnicas autorizadas por la Agencia Española del Medicamento y Productos sanitarios (www.aemps.gob.es/cima)
 T_{max}: tiempo requerido para alcanzar la concentración máxima en plasma después de la toma del fármaco. T_{1/2} o semivida de eliminación: Tiempo requerido para que la concentración máxima del fármaco en sangre se reduzca a la mitad.



Trastornos de la eyaculación y el orgasmo masculino



Según la duración:

- Eyaculación precoz.
- Eyaculación retardada.

Según la sensación:

- Eyaculación dolorosa.
- Eyaculación insensible o anhedonia.
- Eyaculación refleja.


Según el volumen:

- Eyaculación asténica o babeante.
- Hipospermia.
- Aneyaculación.
- Eyaculación retrógrada.



Criterios diagnósticos del DSM-V para la eyaculación precoz

- Eyaculación persistente o recurrente que ocurre durante la relación sexual dentro de aproximadamente un minuto de la penetración vaginal sin que el individuo lo desee.
- El síntoma del criterio A debe estar presente durante un mínimo de 6 meses y debe ser experimentado en casi todas o todas las ocasiones (75-100%).
- El síntoma del criterio A causa angustia.
- La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o a consecuencia de un estrés marital severo u otros estresores significativos, y no es atribuible a los efectos de alguna sustancia o a otra condición médica.



La eyaculación precoz es una entidad muy común con unas tasas medias de prevalencia que oscila entre el 16 y el 23% de los hombres suponiendo en torno a un 30% de las demandas de atención sexológica.



Etiología y clasificación de la EP



En la eyaculación precoz existe acuerdo sobre la confluencia de múltiples factores que oscilan desde el origen centrado en fármacos, drogas, irritantes prostáticos o alteraciones neurológicas hasta el déficit de habilidades sexuales o la ansiedad ante la relación.

Otros factores comunes son la rapidez e intensidad de la estimulación sexual, que depende de la frecuencia sexual, la novedad o el tipo de estímulo.

La capacidad para controlar el reflejo eyaculatorio que requiere un aprendizaje durante la vida sexual del individuo.

El umbral eyaculatorio, alterado en la EP; la frustración secundaria a un coito eventualmente rápido que provoca la evitación de la relación y el descenso de la frecuencia sexual.

Los conflictos no resueltos en la relación de pareja o la existencia de otras disfunciones sexuales como DE o de trastornos psicopatológicos.

Tipos diagnósticos de la EP

Tipos diagnósticos de la EP	Primaria o secundaria
Por su ámbito de presentación	General o situacional
Por su severidad	Grado I leve Grado II moderada Grado III grave (“ante portas”)
Por su patogenia	Biogénica (orgánica) Psicogénica (psicológica)

Clasificación según patogenia* (I)

Tipos	Subtipos	Frecuencia	Tratamiento
Biogénica (orgánica)	Constitución neurológica	Muy común	TS
	Enfermedad física	Ocasional	Tratamiento de la enfermedad +TS
	Traumatismo físico	Rara	TS
	Causa farmacológica	Rara	Evitar Fármacos +TS

TS: integra psicoterapia, terapia cognitivo-conductual, terapia de pareja, fármacos...



*M. E. METZ & J. L. PRYOR. Premature Ejaculation: A Psychophysiological Approach for Assessment and Management. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2000;26:293-320.

semergen DOC
documentos clínicos semergen

Tipos	Subtipos	Frecuencia	Tratamiento
Psicogénica (psicológica)	Constitución psicológica	Rara	TS
	Trastorno psicológico	Común	TS
	Malestar relacional	Común	TS (terapia pareja)
	Inhabilidad psicosexual	Muy común	TS (reeducción sexual)

TS: integra psicoterapia, terapia cognitivo-conductual, terapia de pareja, fármacos...



*M. E. METZ & J. L. PRYOR. Premature Ejaculation: A Psychophysiological Approach for Assessment and Management. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2000;26:293-320.

semergen DOC
documentos clínicos semergen

Recursos farmacológicos para la EP

<p>Antidepresivos ISRS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora significativa del IELT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dosificación diaria. • Datos limitados de PRO. • Problemas de tolerabilidad. • Efectos secundarios sexuales. • Síndrome de retirada de ISRS.
<p>Inhibidores de la PDE5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opción de primera línea en EP con DE concomitante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia discutible en pacientes sólo con EP.
<p>Tramadol</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora significativa del IELT. • Apropiado para dosificación a demanda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Datos clínicos limitados. • Experiencia clínica en la vida real limitada. • Efectos secundarios (opioide). • Adicción.

Dapoxetina: su rápida absorción permite su uso a demanda

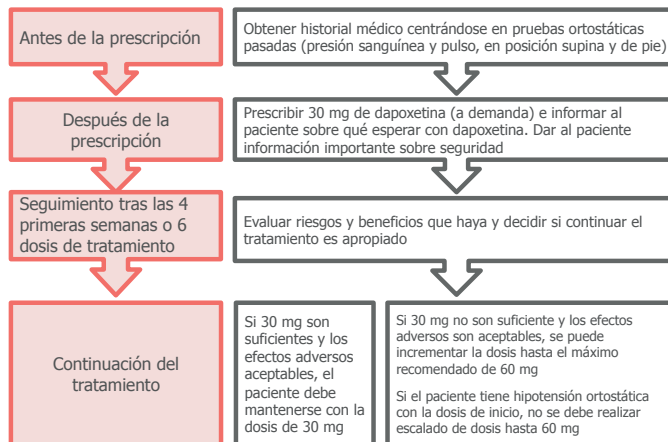
- Los antidepresivos ISRS normalmente tardan 2–3 semanas con régimen de dosificación diario antes de ser efectivos frente a los síntomas de la EP.
 - Los niveles de serotonina elevados por los ISRS activan los autorreceptores de serotonina (5-HT_{1A}) y reducen los niveles de serotonina de nuevo.
 - Tras 1–2 semanas de dosificación crónica, los autorreceptores son inhibidos y los niveles de serotonina aumentan de nuevo.
- La **dapoxetina** es el único tratamiento oral aprobado para la eyaculación precoz.
- Es un ISRS de vida media corta que permite su **uso a demanda**.
- La rápida absorción de la dapoxetina puede llevar a un aumento brusco de los niveles de serotonina que satura la capacidad compensatoria de los autorreceptores 5-HT_{1A}.
- Esto puede explicar la capacidad de dapoxetina para mejorar los síntomas de EP en régimen de dosificación a demanda.
- Entre los **efectos adversos** más frecuentes están las náuseas, los mareos, la diarrea o el dolor de cabeza.



Giuliano & Clement. Eur Urol 2006;50(3):454-66.
Giuliano. Trends Neurosci 2007;30(2):79-84.

semergen DOC
documentos clínicos semergen

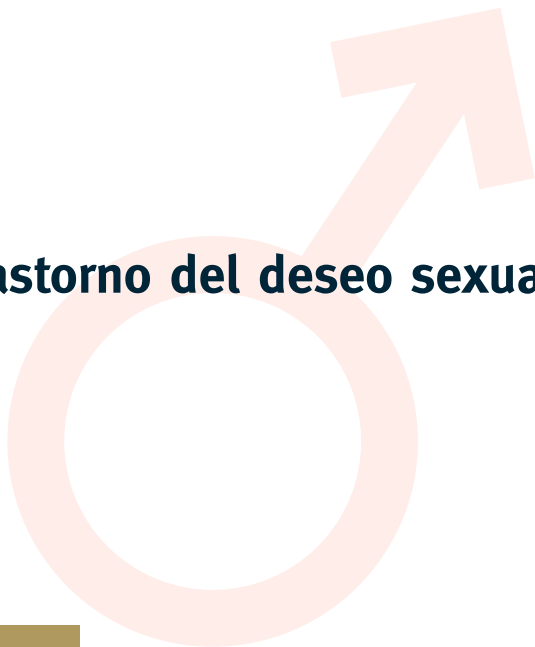
Prescribir dapoxetina por primera vez



- Focalización sensorial (no genital y genital).
- Autoestimulación dirigida.
- Técnica de parada-arranque de Semans (*stop-star*).
- Técnica de la compresión (Masters y Johnson).
- El apretón basilar.
- Técnica de aclimatación al coito.
- Maniobra del puente o del apuntalamiento.
- Ejercicios de Kegel. Rehabilitación del suelo pélvico.
- Terapia sexual racional emotiva de Ellis.
- Desensibilización sistemática.



Trastorno del deseo sexual



Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón (DSM-V)

- Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos y deseo de actividad sexual reducidos o ausentes de forma constante o recurrente. La evaluación de la deficiencia la hace el clínico, teniendo en cuenta factores que afectan a la actividad sexual, como la edad y los contextos generales y socioculturales de la vida del individuo.
- Los síntomas del criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.
- Los síntomas del criterio A provocan malestar clínicamente significativo en el individuo.
- La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.



Hipersexualidad (I)



Es un estado en el cual se produciría un exceso de fantasías, deseos y conductas sexuales, que son pobremente controlados por el individuo y que interfieren en su actividad diaria.

Aún no se ha reconocido como un trastorno de entidad propia, aunque se han propuesto unos criterios diagnósticos para el llamado trastorno hipersexual (THS) que aún tienen que ser validados científicamente.

Criterios diagnósticos propuestos para el trastorno hipersexual:

- Durante un periodo de al menos 6 meses, presenta fantasías sexuales recurrentes e intensas, impulsos sexuales y conducta sexual en asociación con cuatro o más de los siguientes criterios:
 - El tiempo empleado en fantasías e impulsos sexuales, planificando y participando en conductas sexuales es excesivo de tal modo que interfiera con otras importantes actividades u obligaciones.
 - Repetidamente desarrolla esas fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a estados de ánimo disfóricos (p. ej. ansiedad, depresión, irritabilidad, aburrimiento).
 - Repetidamente desarrolla esas fantasías, impulsos y conductas sexuales como respuesta a eventos estresantes de la vida.
 - Repetitivos e infructuosos esfuerzos por controlar o reducir significativamente esas fantasías, impulsos y conductas sexuales.
 - Repite el comportamiento sexual sin tener en cuenta el riesgo de daño físico o emocional a sí mismo o a otros.
- Hay un malestar clínicamente significativo o deterioro personal en las áreas social, profesional o de otro tipo de funcionamiento, asociado con la frecuencia e intensidad de estas fantasías, impulsos y conductas sexuales.
- Estas fantasías sexuales, impulsos y conductas no se deben a los efectos fisiológicos directos de sustancias exógenas (p. ej. drogas de abuso o medicación) o a episodios maníacos.
- La persona tiene al menos 18 años.

Además, se deben especificar las conductas: masturbación, consumo de pornografía, relaciones sexuales consentidas con adultos, prácticas sexuales a través de Internet (cibersexo), llamadas a teléfonos de contenido sexual, asistencia a clubs de striptease o varias de ellas.



Prevalencia



- La prevalencia del DSH aislado, para una edad media de 53 años, es de 5,1%, aumentando con la edad, con las comorbilidades y con la asociación a otras DS.
- La prevalencia global de las conductas hipersexuales es de 3-6%, más frecuente en hombre que en mujeres, aumentando en pacientes con comorbilidades psiquiátricas.

Abordaje terapéutico del DSH en AP

- El único tratamiento farmacológico de eficacia probada para el DSH en el varón es la testosterona, pero sólo en pacientes con déficit de esta hormona.
- La modificación del estilo y de los hábitos de vida forma parte del consejo sexual en los varones con DSH.
- La terapia sexual se basa en aumentar la erótica, el contacto con el cuerpo y la sensualidad en la pareja.

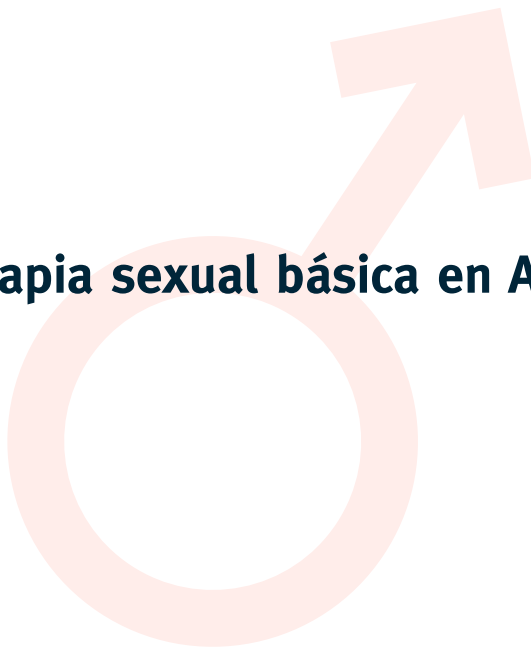


Abordaje terapéutico de la hipersexualidad en AP

- El abordaje del THS debe ser multidisciplinar.
- La psicoterapia y la farmacoterapia debe ser indicada por el psiquiatra.
- El médico de AP tiene un importante papel en la detección y en el apoyo y acompañamiento psicosocial del paciente y su entorno.
- Algunos de los fármacos utilizados son: acetato de ciproterona, estrógenos, análogos de la GnRH, ISRS, entre otras propuestas, siempre individualizadas.



Terapia sexual básica en AP

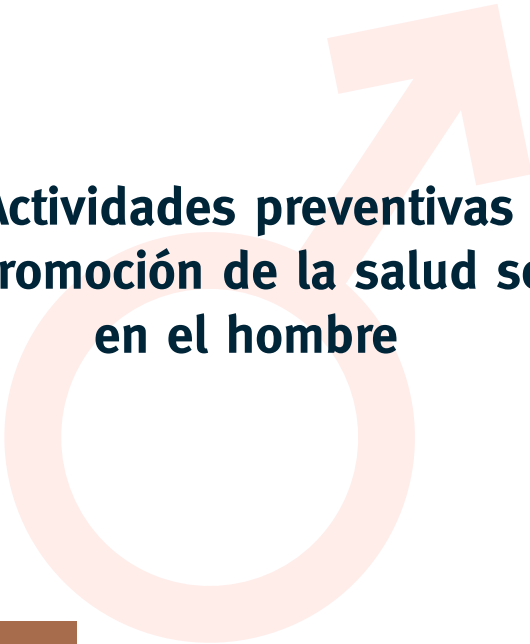





Terapia sexual básica en AP

- El médico de familia es el profesional idóneo para abordar la sexualidad de los pacientes.
- Preguntar sobre sexualidad es obligatorio y muy rentable.
- Se deberían incorporar tres preguntas básicas sobre sexualidad en la historia clínica de AP.
- Se recomienda una detección proactiva en los grupos y patologías de riesgo.
- En ocasiones, es preciso la derivación a Sexología y/o a otra especialidad.

- La intervención tiene que estar focalizada en el problema sexual.
- Optimización del tratamiento con fármacos en las disfunciones orgánicas, incluso en las psicógenas hasta que con la terapia sexual el paciente recupere su autoconfianza.
- Trabajar los aspectos educativos, informativos y actitudinales en el paciente/pareja.
- Intervenir siempre sobre el estilo de vida, consumo de fármacos/sustancias de abuso.
- Es necesario comenzar la intervención trabajando de forma individual con el que hace la demanda y luego en pareja.
- Incrementar la tolerancia, desdramatizar. Fomentar la sensualidad.
- En caso de pareja disfuncional, derivar al sexólogo para una terapia de pareja.



Actividades preventivas y de promoción de la salud sexual en el hombre



Prevención y promoción de la salud sexual

Introducción

Salud sexual

Bienestar bio-psico-social relacionado con la percepción íntima de la sexualidad, que repercute en el bienestar personal y en la mejoría de las relaciones interpersonales, basado siempre en los derechos sexuales.

- Es imprescindible trabajar sobre las actitudes y las aptitudes del personal sanitario para lograr metas deseables en cuanto a PPSS.
- La formación pre y postgrado en sexualidad debe ser obligatoria en las carreras relacionadas con la salud.
- El apoyo institucional es básico para que se alcancen niveles adecuados de salud sexual en la comunidad.



Prevención de las disfunciones sexuales

- Comunicarse con claridad.
- Estimular que cada persona asuma la responsabilidad de su goce sensual y erótico.
- Diferenciar entre una invitación y una exigencia.
- Combatir la rutina. Trabajar la imaginación, sorprender.
- No esperar siempre a “estar inspirado” para tener relaciones sexuales. No exigirse una total coincidencia de gustos.
- Las relaciones sexuales no se reducen a tocar mecánicamente las “teclas” pertinentes.
- Comprender la diferencia entre rechazar una actividad y rechazar a una persona.
- Evitar conductas que suelen bloquear la sexualidad.
- Dedicarle un “tiempo de calidad”.
- La fantasía y el sentido del humor son los mejores “afrodisíacos”.













Secretaría técnica



Capitán Haya, 6o 1ª planta
28020 Madrid



www.formacionsanitaria.com



SPD-805 FEB'15

