

Eficacia del método acupuntural en la disfunción sexual eréctil psicógena

Efficiency of acupuncture in psychogenic erectile sexual dysfunction

Dra. Liuba Y. Peña Galbán; Dr. Oscar E. Sánchez Valdeolla; Lic. Magalys Mena Fernández

Hospital Militar Docente Clínico Quirúrgico Octavio de la Concepción y la Pedraja. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un ensayo clínico fase II, en pacientes con disfunción sexual eréctil psicógena, atendidos en la consulta de psiquiatría del Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja, de Camagüey, desde Julio de 2001 a Junio de 2003, con el objetivo de demostrar la eficacia de este método en esta enfermedad. La muestra estuvo constituida por 68 pacientes con disfunción sexual eréctil psicógena y diagnóstico tradicional de síndrome de deficiencia. Se les aplicó tratamiento con acupuntura y moxibustión en puntos acupunturales previamente seleccionados. Se constató que la mayor aparición fue en edades avanzadas, predominó el grupo de edades de 51 a 60 años con el 54, 41 %; los síntomas más frecuentes fueron la depresión (67, 65 %) y el insomnio (57, 35 %). El mayor número de pacientes se presentó a la consulta con un tiempo de evolución de la enfermedad menor de un año y predominó la respuesta satisfactoria al tratamiento, los de más de cinco años tuvieron menor respuesta satisfactoria, las reacciones adversas que más se presentaron fueron el efecto postpuncional y el sangramiento en 17 y nueve pacientes respectivamente. La mayoría de los pacientes del grupo menores de un año de evolución presentaron respuestas satisfactorias. El tratamiento tuvo respuesta

satisfactoria en el 83, 82 %. El método acupuntural fue eficaz en más de un 86 % de los enfermos.

DeSC: DISFUNCIONES SEXUALES PSICOLÓGICAS/ terapia; TERAPIA POR ACUPUNTURA; RESULTADO DEL TRATAMIENTO

ABSTRACT

A phase 2 clinical trial was conducted in patients with psychogenic at the outpatients Psychiatry Service of the Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja Hospital, city of Camagüey, from July 2001 to July 2003. 68 patients with psychogenic erectile sexual dysfunction, whose diagnosis was deficiency syndrome, were enrolled in the sample. Patients underwent acupuncture and moxibustion in previously selected points so as to show the efficiency of such a therapies. Erectile sexual dysfunction prevailed groups aged 51 to 60 (54, 41 %), symptoms that prevailed were depression (67, 65 %) and insomnia (57, 35 %), prevailing follow-up timeline was less than 1 year, a satisfactory response to treatment prevailed, whereas a nonsatisfactory response prevailed among those with more than 5 year follow-up, postpunctural effect and bleeding prevailed as adverse reactions (17 and 19 patients respectively). Almost the totality of patients from the less than 1 year follow-up showed a satisfactory response. Acupuncture therapy was effective for the majority of patients.

DeSC: SEXUAL DYSFUNCTIONS PSYCHOLOGICAL/therapy; ACUPUNCTURE THERAPY; TREATMENT OUTCOME

INTRODUCCIÓN

La disfunción sexual eréctil (DSE), es un trastorno frecuente que afecta aproximadamente al 50 % de los hombres en edades comprendidas entre 40 y 70 años. Se calcula que en todo el mundo más de 100 millones de varones tienen algún grado de disfunción eréctil.¹

La D S E se define como la incapacidad para lograr y/o mantener una erección suficiente del pene que permita la satisfacción y el completamiento del acto sexual. ^{2,3}

Múltiples métodos terapéuticos se aplican en pacientes con DSE, entre los cuales se encuentran la inyección intracavernosa de sustancias vasoactivas, uso de sustancias hormonales como la testosterona y otros medicamentos más actuales como los inhibidores de la fosfodiesterasa (Alprostadil, Sildenafil, Tadalafil y Vardenafil). ^{4,5}

La DSE en particular tiene como etiología y patogenia más frecuente la debilidad del fuego del ming men y el consumo de la mar de las médulas como consecuencia de excesivas eyaculaciones, la deficiente nutrición del pene por el vacío de energía y sangre, y por el temor o el excesivo esfuerzo mental. En general, la DSE es frecuentemente debida a la lesión del polo yang del riñón. ⁶

Dentro de los procederes de la medicina tradicional, la acupuntura y la moxibustión son los más utilizados por su fácil aplicación, la sencillez de su instrumental, lo económico de la técnica y el poco tiempo que requiere; esta variante produce exitosos resultados. ^{7,8}

Dada la importancia del tema en la práctica médica diaria y el afán de buscar terapias más sencillas que permitan la solución de este problema de salud, se evaluó la aplicación y eficacia del método acupuntural como tratamiento de primera elección al enfrentar la conducta terapéutica de la DSE.

MÉTODO

Se realizó un ensayo clínico fase II temprano, abierto, no secuencial, donde se aplicó esquema de tratamiento acupuntural. La selección de la muestra se realizó de forma aleatoria simple. Al universo de pacientes con impresión diagnóstica de DSE, se les realizó evaluación clínica por el equipo multidisciplinario, que incluyó exámenes de laboratorio y pruebas específicas como la flujometría venosa, pletismografía digital e índice de presiones pene-brazo. Se descartaron las causas orgánicas y a los pacientes diagnosticados por el Especialista de Psiquiatría como DSE psicógena, estos se remitieron a la consulta de Medicina Tradicional y Natural donde se les realizó diagnóstico tradicional. Así quedó constituida la muestra por 68 pacientes con D S E psicógena y síndrome tradicional de tipo deficiencia, con edades entre 21 y 60 años, desde de Julio de 2001 a Junio de 2003. Los pacientes seleccionados cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM-IV3 y otorgaron su consentimiento de participar en la investigación. A los enfermos se les confeccionó historia clínica tradicional donde se

valoraron los datos generales, el tiempo de evolución de la enfermedad, el cuadro clínico y síntomas asociados. Por medio de los datos clínicos se determinó el tipo de síndrome presente, la evolución clínica por la escala cuantitativa aplicada, las reacciones adversas y el tratamiento.

Se tuvieron en cuenta para la inclusión a la investigación a los pacientes con edades entre 18 y 60 años; con DSE de causa psicógena; y con síndrome de tipo deficiencia. Se excluyeron a los pacientes drogadictos; psicóticos; portadores de enfermedades crónicas descompensadas y alcohólicos. Abandonaron la investigación pacientes que presentaron complicaciones severas durante el tratamiento y otros voluntariamente.

A cada uno de los pacientes incluidos en la muestra se le aplicó la escala cuantificadora de la fórmula sexual masculina (FSM) antes de comenzar el tratamiento y en cada sesión.⁹

Para la valoración de las reacciones adversas que se presentaron se adoptaron diferentes clasificaciones.³

Reacción adversa leve: aquella que es tolerada por el paciente y no necesita tratamiento sintomático, ejemplo: hematomas, efecto postpuncional.

Reacción adversa moderada: causa malestar al paciente, no pone en peligro la vida ni la integridad física, pero requiere de maniobras habituales para el restablecimiento a la normalidad, ejemplos: sangramiento y lipotimia.

Reacción adversa grave: origina síntomas intolerables, puede comprometer o no la vida del paciente y producir lesiones que por su envergadura necesiten atención médica inmediata, lo que obliga a suspender el tratamiento, ejemplos: punción de órgano.

Al inicio del tratamiento y al concluir las sesiones mencionadas los síntomas presentes fueron evaluados de:

- Ligeros: pacientes que presentaron un síntoma.
- Moderados: pacientes presentaron dos o tres síntomas.
- Severos: pacientes con cuatro o más síntomas.
- Asintomáticos: pacientes que no presentaron síntomas.

La respuesta al tratamiento se valoró como:

- Satisfactoria: cuando a criterio del enfermo logró erecciones normales con satisfacción sexual tanto para sí como para su pareja y alcanzó una puntuación en la F S M entre 20.5 y 37 puntos.
- No satisfactoria: cuando no logró erecciones con satisfacción sexual luego de concluidos los dos ciclos del tratamiento y mantuvo una puntuación en la F S M inferior a 20.5 puntos.

El tratamiento comenzó con la técnica acupuntural, se insertaron agujas filiformes de acero inoxidable y flexible, de 1 a 3 cm según el punto tratado, con previa asepsia y antisepsia de la zona de punción con torundas de algodón y alcohol al 70 %.

Se esperó la obtención del De qi o sensación acupuntural, la cual los pacientes describieron como sensación de calambre, corrientazo o entumecimiento. Las agujas se retuvieron durante diez minutos, estimulándolas por el método de rascado suave en el mango de las mismas. Se fijó con la yema del dedo pulgar la cabeza de la aguja, y con la uña del dedo índice se realizaron movimientos desde la cabeza hacia la base, en tres ocasiones consecutivas, repitiendo la maniobra cada cinco minutos. Pasados los diez minutos se retiraron las agujas e inmediatamente se aplicó moxibustión en los mismos puntos, se utilizó la moxa TAI YI de combustión lenta, mediante la maniobra de rotación circular lenta alrededor del punto, hasta que el paciente sintió calor moderado y la zona tratada presentó signos de hiperemia ligera. Se creó un esquema conformado por dos ciclos de tratamiento, de 15 sesiones cada uno, separados entre sí por una semana y se realizó una valoración clínica por la escala cuantificadora de la F S M al final de cada sesión. Se suspendió el tratamiento en caso de erecciones satisfactorias o presentaciones reacciones adversas severas.

El paciente se colocó primariamente en posición de decúbito prono, donde se trataron los puntos Vejiga 23 (Shen Shu) y Du 4 (Ming Men). Luego se procedió a colocar el paciente en decúbito supino donde se aplicaron los puntos Ren 6 (Qihai), Estómago 36 (Zusanli) y Riñón 7 (Fu Liu).

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el paquete estadístico Epiinfo 2002, se les aplicaron técnicas estadísticas de distribución de frecuencia y test de hipótesis de proporciones.

RESULTADOS

La distribución de la muestra según la edad, demostró que el grupo de edades más afectado fue el de 51 a 60 años con 37 pacientes (54, 41 %). Los grupos de 51 a 60 años y de 41 a 50 años resultaron los de mayor número de respuestas satisfactorias con 32 (47, 06 %) y 17 pacientes (25 %). Tabla 1.

Tabla 1. Relación de los grupos de edades y respuestas al tratamiento

Respuesta al tratamiento	Satisfactoria		No satisfactoria		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
21-30 años	2	2,94	0	0	2	2,94
31-40 años	6	8,82	3	4,41	9	13,24
41-50 años	17	25	3	4,41	20	29,41
51-60 años	32	47,06	5	7,35	37	54,41
Total	57	83,82	11	16,18	68	100,00

Fuente : historia Clínica Tradicional p = 1,802E-14. p = 9,625E-03

Todos los pacientes presentaron síntomas al inicio del tratamiento y hubo quienes presentaron más de uno, predominó la depresión, seguida del insomnio con 46 y 39 pacientes, respectivamente (67, 65 %, 57, 35 %).

El mayor número de pacientes se presentó con un tiempo de evolución de la enfermedad menor de un año, con 31 enfermos (45, 59 %). El grupo que más elevado número de respuesta satisfactoria tuvo fue el de menos de un año de evolución con 29 pacientes (93, 54 %), de un total de 31, y el grupo con menor número de respuesta satisfactoria fue el de más de cinco años de evolución con nueve pacientes (56, 25 %) de un total de 16. Tabla 2.

Tabla 2. Relación tiempo de evolución con la respuesta al tratamiento

Respuesta al tratamiento	Satisfactoria		No satisfactoria		Total	
	Número.	%	Número.	%	Número.	%
Menor de 1 año	29	93,54	2	6,45	31	100
1-5 años	19	90,48	2	9,52	21	100
Mayor de 5 años	9	56,25	7	43,75	16	100
Total	57	83,82	11	16,18	68	100

Fuente: Historia Clínica Tradicional p =1,802E-14

Con respecto a la evaluación de los síntomas, se observó que al inicio del tratamiento predominó la evaluación de moderado con 35 pacientes (51, 47 %). Los evaluados de severos que al inicio fueron 13 (19, 12 %), dejaron de serlo en la decimoquinta sesión. En la evaluación final predominaron los asintomáticos con 57 pacientes (83, 82 %).

Tabla 3.

Tabla 3. Evaluación de los síntomas

Frecuencia	Ligero		Moderado		Severo		Asintomáticos	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Inicio	20	29,41	35	51,47	13	19,12	0	0
3 ^{ra} sesión	20	29,41	35	51,47	13	19,12	0	0
7 ^{ma} sesión	26	38,24	26	38,24	6	8,82	10	14,71
10 ^{ma} sesión	22	32,35	21	30,88	2	2,94	23	33,82
15 ^{ta} sesión	11	16,18	15	22,06	0	0	42	61,76
18 ^{va} sesión	11	16,18	15	22,06	0	0	42	61,76
22 ^{da} sesión	9	13,24	12	17,65	0	0	47	69,12
25 ^{ta} sesión	7	10,29	9	13,24	0	0	52	76,47
30 ^{ma} sesión	2	2,94	9	13,24	0	0	57	83,82

Fuente: Historia Clínica Tradicional p = 0,0185 p = 3,610E-05 p = 1,227E-17

Con respecto a las respuestas al tratamiento, se destacó la respuesta satisfactoria en 57 pacientes (83, 82 %). Las reacciones adversas y su relación con la respuesta al tratamiento, predominaron los 47 pacientes (69, 12%) que no presentaron reacciones, 7 pacientes (63, 63%) tuvieron reacciones adversas y 11 pacientes con respuestas no satisfactorias. Predominó el efecto postpuncional seguido por el sangramiento con 17 y 9 pacientes respectivamente (80, 95 %, 42, 86 %), hubo pacientes que presentaron más de una reacción adversa. Tabla 4.

Tabla 4. Respuesta al tratamiento

Respuesta	Número	%
Satisfactoria	57	83,82
No satisfactoria	11	16,18
Total	68	100,00

Fuente: Historia Clínica Tradicional p = 1,802E-14

DISCUSIÓN

En la actualidad numerosos estudios demuestran que aproximadamente el 50 % de los hombres comprendidos entre 40 y 70 años de edad presentan disfunción sexual eréctil, la cual aumenta a medida que avanza la edad, ^{10, 11} lo que coincide con nuestra investigación, pues a medida que los pacientes estudiados avanzan la edad, el número de enfermos afectados por la enfermedad es mayor, en nuestro estudio los grupos más afectados fueron los de 51-60 años y de 41-50 años, con la mitad y el tercio del total de pacientes que se presentaron a la consulta. Se relacionaron los grupos de edades con la respuesta al tratamiento en general, donde predominó la respuesta satisfactoria, pues más de los dos tercios de los pacientes de cada grupo obtuvo la misma respuesta. A pesar de que estudios de la literatura revisada concluyen que no existe relación entre la edad y la respuesta al tratamiento, ¹² en nuestra investigación no se puede ser concluyente, pues el número de pacientes en los grupos de 18-30 años y 31-40 años es reducido para lograr una confiabilidad de dicha afirmación.

Predominaron los pacientes que presentaron un tiempo de evolución menor de un año, y el menos representado fue el grupo de más de cinco años de evolución con un cuarto del total de pacientes. Desde el punto de vista tradicional a medida que avanza la edad y se acumula la acción que sobre el organismo hacen los factores de riesgo como las intemperancias alimentarias, las relaciones sexuales excesivas con eyaculaciones frecuentes, así como alteraciones del régimen descanso-actividad, entre otros, se consume el yang del riñón. Si estos factores persisten por tiempo prolongado agotan aun más el yang y agravan el desequilibrio energético; por lo que la respuesta en los pacientes de larga evolución es menos satisfactoria que en los pacientes con menor tiempo de evolución, donde la afectación del yang es más leve. Este criterio tradicional coincide en parte con la medicina convencional, Vallacien ¹³ plantea la importancia del papel de los factores de riesgo, destaca la obesidad, la dieta insuficiente, el stress mental y emocional y los trastornos cardiovasculares, los cuales pueden interferir en la actividad sexual.

Al relacionar el tiempo de evolución de la enfermedad con la respuesta al tratamiento, se observó que casi la totalidad de los pacientes del grupo de menos de un año de evolución presentó respuesta satisfactoria, no ocurrió así con el grupo de más de cinco años, del cual sólo alcanzó dicha respuesta algo más de la mitad del total de pacientes; por lo que se consideró que a menor tiempo de evolución de la DSE mejores serán los resultados en el tratamiento. Un estudio realizado por Lizm Ye' ¹⁴ en 1988 al

tratar la disfunción sexual eréctil con acupuntura y moxibustión constató lo antes expuesto.

La medicina tradicional china considera los trastornos de la erección como un aspecto que forma parte de una alteración más general del equilibrio energético en el individuo, por lo que, siendo una expresión particular del desbalance, le acompañan otros síntomas y signos. Se observó que algo menos de las tres cuartas partes de los pacientes encuestados presentaron síntomas de depresión, seguido por el insomnio con aproximadamente las tres quintas partes, lo que coincide con la literatura revisada.^{10, 15}

En la evolución de los síntomas durante el tratamiento; se destacó al inicio la ausencia de pacientes asintomáticos y algo más de la mitad evaluados de moderados, esto varió con la aplicación del tratamiento, pues al concluir la investigación predominaron los asintomáticos con las tres quintas partes, y los pacientes evaluados de severos disminuyeron a partir de la décimo quinta sesión.

La respuesta eficaz al tratamiento se reflejó en la evaluación final, a la trigésima sesión, pues más de las cuatro quintas partes de los pacientes fueron evaluados de asintomáticos y ligeros. La principal causa patogénica fue la deficiencia de yang de riñón y la debilidad del fuego del ming men, una terapéutica encaminada a restaurar dicha deficiencia obtiene una alta eficacia, se observó que el tratamiento fue satisfactorio en más de las tres cuartas partes de los pacientes. Similares resultados se encontraron en la literatura revisada, tanto en las que se utilizaron la acupuntura y moxibustión como en los que se utilizaron medicamentos naturales (fitoquímicos), psicoterapia, medicación oral o terapia combinada.^{4, 15, 16} En nuestro trabajo un tercio del total de pacientes presentaron reacciones adversas, incluidas dentro de las leves y moderadas; no se presentaron reacciones severas. Se relacionaron la respuesta al tratamiento y los pacientes con reacciones adversas; se destacó el grupo con respuesta no satisfactoria, en el cual dos tercios de los enfermos se presentaron con reacciones adversas mientras que en el grupo con respuesta satisfactoria, sólo un cuarto de los pacientes presentaron reacciones. Lo anterior se debe al mayor número de sesiones a las que se expusieron los pacientes con respuesta no satisfactoria.

Predominaron el efecto postpuncional y el sangramiento. Comparativamente estas reacciones son menos intensas y de más fácil solución que las presentadas por otras terapias, principalmente la terapia oral, intrauretral e intracavernosa, las cuales producen, entre otras, cefalea, dispepsias, congestión nasal, alteraciones de la visión, diarreas, erupciones cutáneas y dolor peniano que en ocasiones obligan a suspender el tratamiento o son causa de abandono del mismo.^{8, 14}

CONCLUSIONES

Todos los grupos de edades presentaron una elevada respuesta satisfactoria al tratamiento y el más afectado por la enfermedad resultó el de 51 a 60 años. El mayor número de pacientes se presentó con un tiempo de evolución de la enfermedad menor de un año y predominó la respuesta satisfactoria al tratamiento. Los síntomas asociados más frecuentes fueron la depresión, el insomnio y la ansiedad. El 83, 82 % de los enfermos quedaron asintomáticos al terminar el estudio y solo un 13. 24 % continuó con más de un síntoma. Predominaron las reacciones adversas leves y dentro de estas el efecto postpuncional con el 80, 95 % del total de reacciones. El método acupuntural fue eficaz en más de un 86 % de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sell LLuvera JL, Padrón Duran RS. Disfunción sexual eréctil. Rev Cubana Endocrinol. 2001; 12(2):115-23.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic criteria from D.S.M-IV. Washington D C; 1994.p. 223-42.
3. Olvera H. Disfunción eréctil. Med Interna Mex. 2000; 16(4): 204-16.
4. Harold LR, Gorwitz JH, Field TS. The dysfunction of a novell therapy into clinical practice. Arch Inter Med. 2000; 160(22): 3401-5.
5. Andersson KE, Hedlund P. New directions for erectile dysfunction therapies Int J Impot Res. 2002; 14(suppl 1) S 82-S 92.
6. Díaz Mastellari M. Pensar en chino. Compilación de cuadernos de medicina tradicional china. México: Farmacia verde; 1997.p. 254-85.
7. Gelle G, Trummer H. Drugs today. Barc. 2003; 39(3): 193-202.
8. Crespo Fernández R, López Calzada M. Tratamiento por acupuntura de las disfunciones sexuales masculinas. Rev Hosp. Psig. Habana 1996; XXXVII (I): 27-32
9. Vasilchenko G. Sexopatología general. Moscú: Editorial Mir; 1986. p. 268-91.
10. Romero Mestre JC, Licea Puig ME. Disfunción sexual eréctil en la diabetes mellitus. Revisión bibliográfica. Rev cubana endocrinol. 2000; 11(2): 105-20.
11. Kubin M, Wagner G, Sugl Meyer AR. Epidemiology of erectile dysfunction. Jimpot Res. 2003 15(1): 63-71
12. Levine LA. Diagnosis and treatment of erectile dysfunction. Am J Med. 2000; 109 (suppl 9):35.125

13. Vallacien G, Emberton M, Harving N, Van Moorselaar RJ. Sexual dysfunction in 1274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. J Urol. 2003; 169 (6): 2257-61.
14. Lizm, YeCG. Treatment impotence with tradicional chinese medicine courdinated by acupunture and moxibustion. J Tradit Chin Med. 1988; 8(2): 121-2.
15. Kong Kanand A, Ratana-Olarn K, Ruangdilo Krat S, Tanti Wong A. The efficacy and safety of oral sildenafil in thai men with erectile dysfunction: a randomized, double-blind, controled, flexible-dose study. J Med Assoc thai. 2003; 86(3): 195-205.
16. Hellstron WJ, Gittelman M, Karlin G, Segerson T, Thibonnier M, Tailor T, et al. Sustained efficacy and tolerability of vardenafil, a higty potent selective phosphodiesterase type 5 inhibitor, in men with erectile dysfunction: results of a randomized, double-blind,26 week placebo controlled pirotal trial. urology. 2003; 61(14Suppl1):8-14.

Recibido: 18 de mayo de 2005

Aceptado: 10 de abril de 2006

Dr. Benito U. Rodríguez Rodríguez. Especialista de I Grado en Medicina Natural y Tradicional. Hospital Militar Docente Clínico Quirúrgico Octavio de la Concepción y la Pedraja.