



GUÍA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN LA FARMACIA COMUNITARIA

DOCUMENTO DE CONSENSO



Coordinadores de la guía:

Jesús Carlos Gómez Martínez.
Vicepresidente de SEFAC. Farmacéutico comunitario en Barcelona.

Dr. Froilán Sánchez Sánchez.
Doctor en Medicina. Sexólogo Clínico. Coordinador del Grupo de Sexología de SEMERGEN.

Autores miembros del grupo de sexología de SEFAC:

Jesús Carlos Gómez Martínez.
Vicepresidente de SEFAC. Farmacéutico comunitario en Barcelona.

Joan R. Lladós Tirado.
Farmacéutico comunitario. Comité Científico de SEFAC.

José Ibáñez Fernández.
Farmacéutico comunitario en Barcelona. Comité Científico de SEFAC.

José Ramón García Soláns.
Farmacéutico comunitario. Administrador de la lista de correo de Atención Farmacéutica de UniNet.

Autores miembros del grupo de sexología de SEMERGEN:

Dra. Ana Rosa Jurado López.
Médico. Sexóloga. Secretaria del Grupo de Trabajo de Sexología de SEMERGEN.

Dr. Carlos San Martín Blanco.
Médico. Sexólogo. Psicoterapeuta. Coordinador del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud (CIPSA) de Santander. Secretario General de la Academia Española de Sexología y Medicina Sexual.

Dr. Froilán Sánchez Sánchez.
Doctor en Medicina. Sexólogo Clínico. Coordinador del Grupo de Sexología de SEMERGEN.

Dra. Rosa María Montaña Hernández.
Médico de Familia. Sexóloga. Especialista en Terapia de Pareja. Directora del Centro Sexológico y Atención a la pareja "Dra. Rosa Montaña".

El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeran, plagiaran, distribuyeran o comunicaran públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización escrita de los titulares del Copyright.

Copyright: SEFAC y autores

Todos los derechos reservados

1ª Edición: 2012

Edita: S3 Estudio. Diseño y comunicación

ISBN: 978-84-615-9929-5

Depósito Legal: B29298-2012

Impreso en: Futurgrafic S.C.C.L.

Printed in Spain

ÍNDICE



1. Presentación

2. Introducción

3. Definiciones

3.1 ¿Qué es la salud sexual?

3.2 ¿Qué es la disfunción eréctil?

4. Epidemiología, comorbilidad y factores de riesgo

4.1 Epidemiología

4.2 Etiología

4.2.1 Causas psicosexuales

4.2.1.1 Ansiedad de ejecución y factores generadores

4.2.1.2 Ansiedad anticipatoria y actitud de espectador

4.2.2 Causas orgánicas

4.3 Fármacos, drogas y disfunción eréctil

4.4 La disfunción eréctil como centinela de eventos cardiovasculares

4.5 La necesidad de la búsqueda activa

5. Fisiopatología de la disfunción eréctil

6. Diagnóstico del paciente

6.1 Valoración farmacéutica en la farmacia

6.2 Derivación informada

6.3 Diagnóstico médico

6.3.1 Historia clínica

6.3.2 Cuestionario

6.3.3 Exploración física y petición de analítica complementaria

6.4 Intervención especializada

7. Intervención terapéutica

7.1 Premisas y consideraciones previas

7.2 Tratamientos etiológicos

7.3 Tratamientos sintomáticos

7.3.1 Tratamientos de primera línea

7.3.2 Tratamientos de segunda línea

7.3.3 Tratamientos de tercera línea

7.4 Consejo sexual

7.5 Pautas para una intervención coordinada entre médico y farmacéutico

7.6 Algoritmo

8. Atención farmacéutica: indicación, dispensación, seguimiento

9. Comunicación con el paciente

9.1 Introducción

9.2 Tipos de pacientes

9.3 Habilidades de comunicación

9.4 Implicación de la pareja

9.5 Preguntas más habituales del paciente

9.6 El problema de los medicamentos falsos

10. Anexos y materiales

11. Referencias bibliográficas



1 PRESENTACIÓN

HACIA UNA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

La farmacia comunitaria se ha convertido en el centro sanitario donde la población puede consultar muchos de sus problemas de salud sin necesidad de cita previa y con la presencia de un profesional sanitario. Este hecho, unido a la cercanía al paciente, nos permite, a los farmacéuticos, el abordaje inicial en muchas patologías.

Entre esos problemas de salud destaca la disfunción eréctil, una patología que afecta a más de la mitad de los hombres entre los 50 y 70 años y que daña la calidad de vida del paciente y de su pareja. Si a esto sumamos que las causas de la disfunción eréctil pueden ser múltiples y estar asociadas a fármacos que forman parte de una medicación habitual, no cabe duda de que el farmacéutico comunitario se convierte en un sanitario fundamental para un adecuado tratamiento de esta patología y para la gestión integral de la salud del paciente.

La intervención farmacéutica en la disfunción eréctil puede requerir de la coordinación entre diferentes profesionales de la salud (médicos de Atención Primaria, psicólogos, sexólogos, etc.). En este sentido, resulta de gran importancia tener una guía específica que facilite el abordaje de este trastorno desde la farmacia comunitaria con la participación de diferentes niveles de la atención sanitaria y en la que el farmacéutico comunitario tenga un papel proactivo.

Por todo ello, es un placer presentar esta guía práctica de la disfunción eréctil que SEMERGEN y SEFAC han impulsado a través de sus grupos de expertos y que pretende ser una herramienta práctica para el farmacéutico comunitario en el abordaje de esta patología, en la mejora de sus intervenciones farmacéuticas y en la coordinación con otros niveles asistenciales.

Por último, quisiera agradecer a Pfizer y Lilly su apoyo para la realización de este documento de consenso de gran importancia y utilidad para la farmacia comunitaria.

Jesús Carlos Gómez Martínez

Vicepresidente de SEFAC
Farmacéutico comunitario en Barcelona
Coordinador de la *Guía de disfunción eréctil en la farmacia comunitaria*

INTRODUCCIÓN

La *Guía de disfunción eréctil en la farmacia comunitaria* es un documento de consenso elaborado de manera conjunta por el Grupo de Sexología de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC).

No hay duda de que tanto farmacéuticos como médicos siempre hemos sabido afrontar con éxito el compromiso que la sociedad nos ha encomendado en cuanto al cuidado de la salud poblacional, pero este reto, en relación a la disfunción eréctil, cobra una especial importancia dadas las características de esta enfermedad que, como otros problemas sexuales, aunque siempre han estado ahí, es ahora cuando van saliendo del cuarto oscuro en el que se mantenían presentándose cada vez con más frecuencia.

En efecto, razones sociales, culturales y quizás, por qué no decirlo, nuestra actitud reticente hacia ellos han propiciado su secular ocultación, sin embargo, no debemos olvidar que la disfunción eréctil es un trastorno que preocupa sobremanera tanto al afectado como a su pareja.

Esta enfermedad, además de menoscabar seriamente la calidad de vida de quien la sufre, al provocar inseguridad y conflictos con la pareja, puede per se ser motivo de incumplimiento terapéutico cuando el afectado por el trastorno, certera o equivocadamente, lo atribuye a la toma de un determinado medicamento.

De igual modo, se ha de tener en cuenta que la aparición de un problema eréctil predice muchas veces un evento cardiovascular (infarto de miocardio o accidente cerebrovascular), cuya irrupción supone un riesgo vital, que bien podría evitarse si se atiende debidamente el aviso que supone la disfunción eréctil que tal vez lo anunciaba, porque no debemos olvidar que el debut de esta enfermedad supone una oportunidad para valorar el riesgo cardiovascular de quien la padece al existir un fuerte vínculo entre ella y la enfermedad cardiovascular de base.

Por estas y otras razones creemos que esta guía, en realidad un consenso entre médicos sexólogos y farmacéuticos, era muy necesaria y nació con un objetivo muy claro: constituirse en una herramienta práctica que permita al farmacéutico manejar con solvencia cualquier aspecto relacionado con la disfunción eréctil.

Recurriendo a ella desde la farmacia comunitaria se podrá aconsejar sensatamente al hombre afectado y a su pareja, si la tiene, derivándole bien al médico de Familia, bien al especialista que mejor pueda intervenir para solucionar este serio problema de salud, a la vez que ayude al farmacéutico para una correcta dispensación y seguimiento farmacoterapéutico de la medicación prescrita.

Pero la guía, además, tiene un objetivo a largo plazo mucho más ambicioso: comprometer a farmacéuticos y a médicos en el cuidado de la salud sexual de las personas que les visitan, lo cual representa un salto cualitativo en nuestra actividad profesional que supone la adopción de un criterio más abierto y positivo respecto a la sexualidad humana, lo cual, sin duda, redundará en una mayor calidad de vida de la población atendida, así como en una mejora de nuestro prestigio profesional.

Dr. Froilán Sánchez Sánchez

Doctor en Medicina. Sexólogo Clínico. Coordinador del Grupo de Sexología de SEMERGEN
Coordinador de la *Guía de disfunción eréctil en la farmacia comunitaria*

DEFINICIONES

3.1 ¿Qué es la salud sexual?

Ya en febrero de 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió, en Ginebra, la salud sexual de la siguiente forma: “salud sexual es la integración de los elementos corporales, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.

En 1994, durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, llevada a cabo en El Cairo (Egipto), y en 1995 en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing (China), fueron explícitamente reconocidos los derechos reproductivos de hombres y mujeres de todas las edades, razas y condición social, siendo finalmente incluidos “como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales”.

En estos documentos se señala que “la salud sexual está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”.

En el mes de mayo de 2000 se reunieron, en la Ciudad de Guatemala, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en asociación con la Organización Mundial de Sexología (WAS), para establecer acuerdos sobre la promoción de la salud sexual con sus recomendaciones y acciones.

En esta reunión el término de salud sexual quedó definido así: “la salud sexual es la experiencia de un proceso progresivo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad”.

Otra concepción de salud sexual es: “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos”.

Es necesario, además, que cada persona viva a gusto con su cuerpo y con su sexualidad, ya que todos los seres humanos somos sexuados, es decir, todos nacemos ya con sexualidad. La sexualidad humana dura lo mismo que dura la vida y, al igual que los demás aspectos de ella, evoluciona y cambia en las diferentes edades o etapas evolutivas.

Una sexualidad sana implicaría por tanto:

- Conocimiento, valoración y aceptación del propio cuerpo.
- Aceptación del hecho de que cada persona puede expresarse como es y vaya realizándose de la manera que desee, sin someterse a patrones rígidos que limiten su potencial humano.
- Adquisición de una concepción desinhibida, afectuosa y lúdica de la sexualidad: saber que todos somos diferentes y todos, por lo tanto, tenemos gustos y deseos diferentes. El individuo debe ser capaz de expresar estos deseos y respetar los de los demás.

En definitiva, la sexualidad va más allá de lo que comúnmente entendemos por sexo.

3.2 ¿Qué es la disfunción eréctil?

La disfunción eréctil fue definida en 1993 en la *National Institute of Health (NIH) Conference*¹ como "la incapacidad repetida de lograr o mantener una erección lo suficientemente firme como para tener una relación sexual satisfactoria".

Tal definición, pese a no incluir posibles alteraciones en otras fases de la respuesta sexual (deseo, eyaculación u orgasmo), asocia capacidad eréctil con satisfacción sexual, lo que no siempre sucede, excluyendo a aquellos individuos que sin erección completa tienen la habilidad de conseguir penetraciones satisfactorias. Es por ello por lo que se considera más apropiada la recogida en el DSM-IV-TR², que la define como "la incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual".

La antigua denominación de impotencia se ha dejado de utilizar para referirse a los problemas de erección, tanto por su falta de precisión como por sus efectos negativos sobre la autoestima del paciente. Actualmente puede usarse para describir otros problemas que interfieren con la relación sexual y la reproducción, tales como la falta de deseo sexual y los problemas con la eyaculación o el orgasmo. El concepto de la nueva denominación de disfunción eréctil deja bien claro que esos otros problemas no están implicados.

La disfunción eréctil (DE) puede alcanzar diferente grado: severo, moderado o leve.

Cada persona es diferente, incluso un mismo individuo puede responder de forma diferente ante distintas situaciones. Un fallo esporádico no significa que tenga disfunción eréctil. Para ello los fallos deben repetirse durante tres meses.

La capacidad de erección del varón no es siempre la misma: la firmeza y la duración de la erección alcanzan su máximo alrededor de los 20 años. A partir de esa edad tiende a disminuir de forma muy lenta, aunque progresiva, puesto que la erección está muy ligada al envejecimiento de nuestras arterias y venas. Con la edad se producen, además, otros cambios específicos en el hombre que no son necesariamente disfunción eréctil. El varón necesita más tiempo para excitarse y el pene requiere más estimulación directa y no alcanza la misma rigidez que en la juventud. Cualquier distracción puede acabar afectando a la pérdida de la erección y el orgasmo tiende a ser menos intenso.

La DE se hace más común con el aumento de la edad, pero la disfunción sexual masculina no es, necesariamente, una característica propia del envejecimiento.

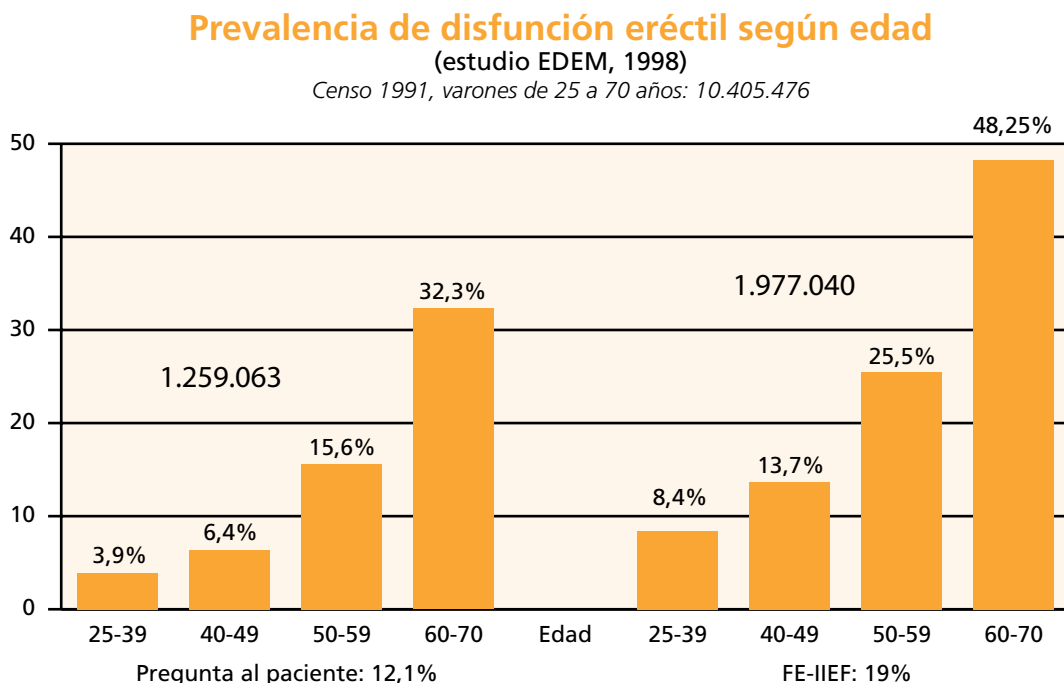
EPIDEMIOLOGÍA, COMORBILIDADES Y FACTORES DE RIESGO

4.1 Epidemiología

Es difícil conocer la prevalencia exacta de la disfunción eréctil (DE), porque es un trastorno sexual que no siempre se consulta. En el estudio MMAS³, en el que cada hombre evaluaba su capacidad para obtener una erección, la prevalencia de DE, en cualquiera de sus grados, fue del 52%, triplicándose la probabilidad de que fuese completa entre los 40 y 70 años.

A raíz de la validación del Índice Internacional de la Función Eréctil⁴ (IIEF) se han llevado a cabo numerosos estudios de prevalencia. En España, el estudio EDEM⁵, realizado sobre 2.480 varones de 25 a 70 años, utilizó dos métodos para diagnosticar la DE. Según la respuesta a una pregunta clave, la prevalencia global fue del 12,1% y, en base a las puntuaciones recogidas en el IIEF, del 18,9%. Por estos resultados se calcula que en nuestro país existen entre un millón y medio y dos millones de hombres con DE (Figura 1).

Figura 1. Prevalencia de disfunción eréctil en España (datos estudio EDEM)



Martín Morales et al. J Urol 2001.

Estudios posteriores indican prevalencias similares^{6,7}, o superiores^{8,9}, y confirman que la edad es el principal factor de riesgo, seguido de otros como bajo nivel económico, sedentarismo, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica.

4.2 Etiología

Según su etiología, la DE se puede clasificar¹⁰ en orgánica y psicógena. Sin embargo, lo habitual es que su origen sea multifactorial (Tabla 1) con implicación de factores orgánicos, psicológicos y conductuales.

Tabla 1. Clasificación de la disfunción eréctil según su etiología (*Nomenclature Committee of the International Society for Impotence Research*)

Orgánica

- I. Vasculogénica
 - A. Arteriogénica
 - B. Cavernosa
 - C. Mixta
- II. Neurogénica
- III. Anatómica
- IV. Endocrinológica

Psicógena

- I. Generalizada
 - A. Apatía generalizada
 - 1. Pérdida primaria de excitabilidad sexual
 - 2. Descenso de la excitabilidad relacionado con la edad
 - B. Inhibición generalizada
 - 1. Trastorno crónico de la intimidad sexual
- II. Situacional
 - A. 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
 - B. Relacionada con la ejecución
 - 1. Asociada con otra disfunción sexual (por ejemplo, eyaculación rápida)
 - 2. Ansiedad de ejecución situacional (por ejemplo, miedo al fracaso)
 - C. 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)

En los años 50 a 70 del siglo pasado se consideraba que entre el 70-90% de los casos tenían un origen psicológico, pero los recientes avances diagnósticos permiten reconocer una causa orgánica la mayor parte de las veces. Pese a ello, no cabe duda de que los factores psicológicos, relacionales y la actitud hacia la sexualidad siguen jugando un papel muy importante en cómo el sujeto o la pareja vive el problema y en las estrategias que ponen en marcha para superarlo.



4.2.1 Causas psicosexuales

En cualquier cuadro de DE hay que considerar la presencia de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores¹¹ (Tabla 2).

Tabla 2. Causas psicológicas de disfunción eréctil (Farré y Lasheras)

Factores predisponentes	Factores precipitantes	Factores mantenedores
Educación moral y religiosa restrictiva	Disfunción sexual previa	Ansiedad ante la interacción sexual
Relaciones entre padres deterioradas	Problemas generales en la relación de pareja	Anticipación del fallo o del fracaso
Inadecuada información sexual	Infidelidad	Sentimientos de culpabilidad
Experiencias traumáticas durante la infancia	Expectativas poco razonables sobre el sexo	Falta de atracción entre los miembros de la pareja
Inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años	Disfunción en la pareja con la que se interacciona	Escasa comunicación entre los miembros de la pareja
Trastorno de la personalidad	Algún fallo esporádico	Problemas generales en la relación de pareja
Modelos paternos inadecuados	Reacción a algún trastorno orgánico	Miedo a la intimidad
	Edad (y cambios como consecuencia de ella)	Deterioro de la autoimagen
	Depresión y ansiedad	Información sexual inadecuada
	Anorexia nerviosa	Escasez de estímulos eróticos
	Experiencias sexuales traumáticas	Miedo o fobias específicas (miedo a la intimidad, a la pérdida de control, al embarazo, al rechazo o al cuerpo de la pareja)
	Estrés	Escaso tiempo dedicado al galanteo o caricias antes de pasar al coito
	Aborto (en algunas ocasiones)	Trastornos mentales (depresión, alcoholismo, anorexia nerviosa o ansiedad)
	Momentos especiales (episodios de cansancio, ansiedad o depresión)	

4.2.1.1 Ansiedad de ejecución y factores generadores

La DE suele ocurrir en un varón que ha superado la mediana edad y que pronto comienza a tener pensamientos catastrofistas: "estoy acabado", "ya no soy un hombre completo", "estoy viejo", "voy a perder el amor de mi pareja" (si la tienen) o "ya no voy a poder encontrar otra". La ansiedad de ejecución o desempeño es el factor que desencadena la pérdida de la erección, actuando como precipitante y mantenedor, siendo generada por una serie de condicionantes¹²: temor al fracaso, obligación de resultados, altruismo excesivo y autoobservación.

4.2.1.2 Ansiedad anticipatoria y actitud de espectador

Siguiendo el modelo de Barlow¹³, la demanda sexual explícita o encubierta por parte de la pareja en un hombre con dudas en su respuesta eréctil promueve en él una serie de condicionantes psicológicos, esencialmente ansiedad anticipada por temor al fracaso y rutinas de autoobservación (rol de espectador), con intentos conscientes de conseguir la erección.

Sin embargo, paradójicamente, consigue lo contrario. La erección es un proceso involuntario y automático, y autoobservarse y obsesionarse en conseguirla provoca un empobrecimiento de la sensualidad con falta de atención a los estímulos eróticos y predominio adrenérgico que aboca al fracaso eréctil.

Cada nuevo "fallo" supone un golpe más a su autoestima y se teme la relación sexual, por lo que se evita cada vez más. Sólo pensar en tal posibilidad desencadena la angustia poniéndose en marcha multitud de pensamientos negativos, verdaderas profecías autocumplidoras, que refuerzan la ansiedad y perpetúan el trastorno.

Finalmente, estos hombres se adentran en un "cataclismo cognitivo"¹⁴, por el que perciben las situaciones sexuales como amenazantes, presentando numerosas creencias erróneas.

4.2.2 Causas orgánicas

Cualquier alteración en los procesos fisiológicos de la erección puede propiciar su pérdida. En la Tabla 3 pueden verse las principales causas orgánicas de DE con su prevalencia aproximada¹⁵.

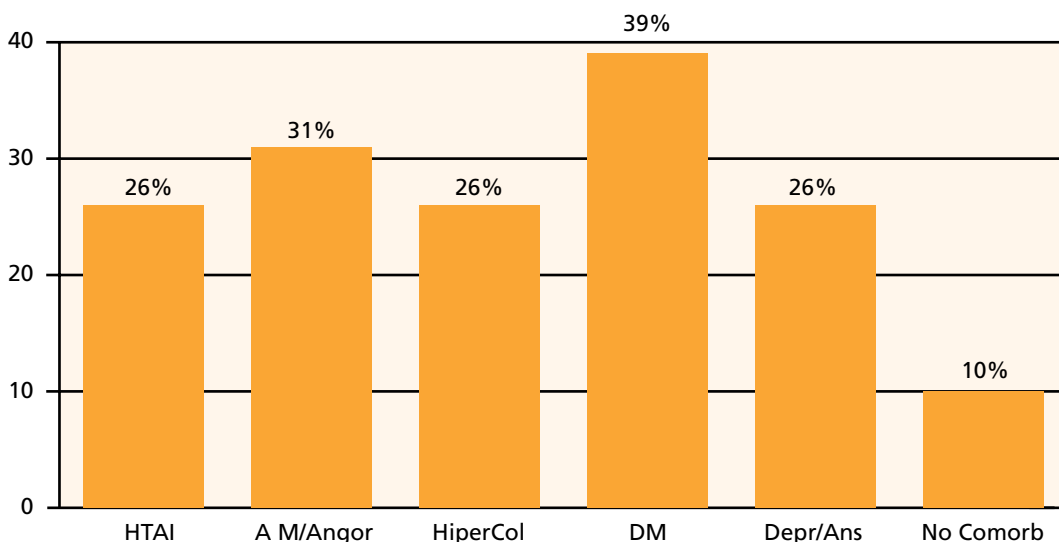
Tabla 3. Causas orgánicas de DE, con los porcentajes de casos achacables a unas u otras etiologías (tomado de González R y Sánchez F, Talleres de práctica clínica en atención primaria. En Disfunción Eréctil. Madrid: Semergen y Scientific Communication Management, 2004)

Vasculares (60-80%)	Neurológicas (10-20%)	Hormonales (5-10%)
Arteriosclerosis <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tabaco</i> • <i>Hiperlipemia</i> • <i>HTA</i> • <i>Diabetes</i> Enfermedad de Peyronie Fracturas pélvicas Traumatismos perineales Fractura de cuerpos cavernosos Trasplante renal heterotópico Síndrome de Leriche Bypass aorto-ilíaco o aorto-femoral Secuelas de la Radioterapia Secuelas del priapismo	Sistema nervioso central Accidente cerebrovascular Síndrome de apnea del sueño Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Parkinson Tumor cerebral Médula espinal Traumatismos Hernia discal Esclerosis múltiple Tumor medular Infarto medular Mielomeningocele Tabes dorsal Nervios periféricos Neuropatía diabética Neuropatía alcohólica Secuelas postquirúrgicas <ul style="list-style-type: none"> • Prostatectomía • Cistoprostatectomía • Resección transuretral de próstata • Cirugía de médula espinal • Amputación rectal 	Exceso de estradiol <ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Hepatopatía Hiperprolactinemia <ul style="list-style-type: none"> • Farmacológica • Tumor hipofisario (prolactinoma) Alteraciones del tiroides <ul style="list-style-type: none"> • Hipertiroidismo • Hipotiroidismo Alteraciones suprarrenales <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Cushing • Enfermedad de Addison Hipogonadismo <ul style="list-style-type: none"> • Anorquia • Quimioterapia • Radioterapia • Síndrome de Klinefelter

La mayoría de las veces, la DE se explica por existir patología vascular subyacente, concretamente arteriosclerosis en mayor o menor grado, de ahí que sea más prevalente en las enfermedades que favorecen su progreso. Tras realizar ajuste de edad, se ha demostrado asociación significativa entre DE y enfermedades tan prevalentes como HTA, diabetes o cardiopatía^{16,17}. En el estudio MMAS, la presencia de DE en cada una de estas patologías se produjo en el 15%, 28% y 39% de los pacientes respectivamente, cifras muy superiores al 9,6% de prevalencia global en la muestra estudiada.

Diversas investigaciones corroboran que la prevalencia de DE es más elevada cuando existe comorbilidad. En el estudio MALES, en el que se obtuvo una prevalencia global de DE del 16%, se evidenció que, entre los hombres que referían diversas patologías, la prevalencia de DE era significativamente más alta que la global y que la presentada por los que no referían enfermedad (sin comorbilidad la prevalencia fue del 10%), incrementándose el riesgo de DE cuando se asociaban varios factores comórbidos" (Figura 2).

Figura 2. Prevalencia de disfunción eréctil en diversas patologías según el estudio MALES¹⁸



4.3 Fármacos, drogas y disfunción eréctil

Sobre todo en tratados antiguos, a muchos fármacos se les ha achacado indebidamente su repercusión negativa en la función eréctil, sin conocerse el mecanismo de acción. La Tabla 4 recoge aquellos en los que tal efecto está demostrado, conociéndose el modo en que lo hacen¹⁹.

Respecto al alcohol, aunque aumenta el deseo sexual, es bien conocido su efecto negativo sobre la función eréctil, pudiéndola suprimir a partir de 0,5 gramos por litro²⁰. La nicotina disminuye la biodisponibilidad del óxido nítrico (NO) y aumenta la producción y liberación de endotelinas, comprometiéndose la relajación del músculo liso cavernoso y dificultándose el flujo arterial necesario para la erección.

En cuanto a la cocaína, el cánnabis, el opio, la heroína, las anfetaminas y las drogas de diseño, si bien pueden estimular al principio, tienen un efecto muy negativo sobre la función eréctil a medio plazo.

Tabla 4. Fármacos causantes de disfunción eréctil (tomado de Portillo JA. Causas tóxicas: fármacos y drogas. En: Cruz N. Tratado de Andrología y Medicina Sexual. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2011. p. 539-545)

Opiáceos	Morfina, codeína
Inhibidores de la 4 alfa-reductasa (5-ARI)	Finasterida, dutasterida
Antihipertensivos	Diuréticos tiazídicos: hidroclorotiazida Diuréticos antialdosterona: espironolactona Betabloqueantes: 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 Dígoxina Ketoconazol Metoclopramida Antiblasticos Antiandrógenos

4.4 La disfunción eréctil como centinela de eventos cardiovasculares

Existe un fuerte vínculo entre DE y enfermedad CV en base a los siguientes argumentos:

- 1 - Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) implicados en la enfermedad vascular aterosclerótica²¹ (Figura 3) también se encuentran en la DE²².

Figura 3. Prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en la población general adulta de España

Factores de riesgo	Criterio	Prevalencia en varones
Tabaco	Fumador actual autocomunicado	42%
Hipercolesterolemia	≥ 200 mg/dl	50%
Hipertensión arterial	> 140/90 mmHg	35%
Sedentarismo	Autocomunicado	40%
Obesidad	Comunicada (IMC>30)	13%
Diabetes mellitus	Autocomunicada	5%

Banega JR et al. Rev Esp Cardiol Supl. 2006;6:3G-12G.

- 2 - Existe un mecanismo patogénico común, en el que se implica el óxido nítrico (NO), causante de alteraciones estructurales a medio y largo plazo en las arterias del pene con DE, así como en el lecho vascular de otros órganos afectados por la arteriosclerosis, con deterioro de la vasodilatación, existiendo evidencia^{23,24,25,26} de que la disfunción endotelial es el factor etiológico primigenio en la enfermedad arteriosclerótica vascular tanto central como periférica, incluida la DE.
- 3 - La DE se halla con mucha frecuencia entre los pacientes que padecen otras enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, arteriopatía periférica). Respecto a la población normal, el riesgo de que los pacientes diabéticos presenten un trastorno eréctil se multiplica por 4,1 (*odd ratio*), en pacientes con vasculopatías periféricas, por 2,6, y en hipertensos, dislipémicos o cardíacas, por 1,6^{27,28}. Cuando coinciden en un paciente diabetes y HTA, el riesgo de presentar DE se multiplica por 8,1²⁹. De igual modo, la prevalencia de DE en pacientes con S Metabólico es elevada³⁰. Además, de la misma manera que el S. Metabólico puede predecir la enfermedad CV y el ictus^{31,32}, también puede serlo de la DE³³.
- 4 - La severidad de la DE se correlaciona con la de la enfermedad CV, pudiendo predecir tanto la enfermedad coronaria como al ictus³⁴. El estudio COBRA³⁵ puso de manifiesto la asociación entre la intensidad de la DE y el grado de aterosclerosis coronaria: la DE grave era significativamente más frecuente en los pacientes con enfermedad de varios vasos respecto a los que tenían enfermedad de un solo vaso (31% frente al 12,5%). En el mismo estudio, el 93% de los pacientes con síndrome coronario crónico notificó síntomas de DE antes de la aparición de su angina de pecho, con un intervalo medio de veinticuatro meses (límites 12-36). Este dato refuerza la idea de una anticipación diagnóstica de al menos 2-3 años entre la aparición de la DE y la de enfermedad coronaria sintomática.

Otros estudios confirman que la DE es un factor predictivo significativo de eventos CV futuros en hombres asintomáticos^{36,37}. Las razones para considerarla un marcador precoz de arterioesclerosis serían:

1. El menor tamaño de la arteria peniana: ésta tiene un diámetro de 1 a 2 mm, en todo caso menor que el de la coronaria (3 a 4 mm), la carótida interna (5 a 7 mm) y la femoral (6-8 mm), por tanto cualquier lesión en ella tiene una repercusión clínica más temprana.
 2. El menor umbral para que aparezca la DE. Basta que exista un 50% de obstrucción de la luz arterial para que aparezca; sin embargo, el grado de obstrucción arterial ha de ser mucho mayor para que aparezcan síntomas de enfermedad coronaria, arteriopatía periférica o enfermedad CV.
- 5 - El abordaje terapéutico de los FRCV mejora la DE. Así, la supresión del hábito de fumar o la pérdida de peso en un paciente obeso propician la mejora de la función eréctil³⁸.

4.6 La necesidad de la búsqueda activa

Dadas sus repercusiones en la calidad de vida, tanto propia como de la pareja, y del riesgo cardiovascular que su aparición puede anunciar, es necesario que cualquier profesional sanitario (médico, farmacéutico, enfermero) que contacte con un paciente incluido en los grupos de riesgo³⁹ (Tabla 5) adopte una actitud de búsqueda activa.

Tabla 5. Situaciones en las que está especialmente indicada la detección activa de disfunción eréctil (tomado de Sánchez F. Disfunción Eréctil. El Médico Interactivo. Madrid: Grupo Saned. 2010)

<ul style="list-style-type: none"> • Hombres mayores de 50 años • Mayores de 40 años con dos o más factores de riesgo cardiovascular • Diabéticos (especialmente aquellos con más de diez años de evolución) • Hipertensos • Patología prostática (especialmente los prostatectomizados) • Traumatismos pélvicos o perineales 	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) • Obesos • Fumadores • Depresión • Ansiedad • Consumo alcohólico de riesgo • Consumo de otras sustancias de abuso
---	---

Algunas preguntas que ayudan a detectar este problema sexual sin levantar resistencias pueden ser: “algunos pacientes que presentan este mismo trastorno / que usan éste mismo tratamiento tienen dificultades sexuales, ¿le ocurre a usted algo similar?”, o “en cuanto a su vida sexual, ¿está usted satisfecho?” o “en relación a su actividad sexual, ¿tiene usted alguna dificultad?”.

En el mostrador de la farmacia comunitaria es más fácil abordar al paciente a través del uso de medicamentos, que frontalmente sobre la DE; desde los fármacos que pueden producir DE como efecto secundario, o desde los que tratan patologías asociadas a la aparición de DE. Hay veces que tanto la enfermedad (depresión, por ejemplo) y su tratamiento pueden causar disfunción eréctil. Los antidepresivos modernos, en concreto ISRS, además de reducir la libido, producen retraso en la eyaculación.

FISIOPATOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

En 1966, William H. Masters y Virginia E. Johnson describieron por primera vez en su libro “La respuesta sexual humana” las distintas fases de la respuesta sexual y trataron de analizar de forma objetiva los diferentes cambios fisiológicos y biológicos que tenían lugar en las relaciones eróticas individuales y de pareja. Clasificaron así la respuesta sexual humana en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Nos centraremos en la respuesta sexual masculina.

Tabla 6. Resumen de las fases fisiológicas de la respuesta sexual humana masculina

FASES	ÓRGANOS GENITALES	EXTRAGENITALES
EXCITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Erección del pene • Aumento del tamaño y elevación de los testículos • Tumescencia del glande • Secreción preseminal • Secreción prostática y seminal 	<ul style="list-style-type: none"> • Erección de los pezones • Aumento de la frecuencia cardíaca • Aumento de la ventilación • Rubor sexual • Aumento del tono muscular
MESETA	Mantenimiento de las respuestas previas hasta la obtención del orgasmo	
ORGASMO	<ul style="list-style-type: none"> • Contracción de vesículas, próstata y conducto deferente • Contracción de músculo bulbo e isquiocavernoso con salida de líquido seminal • Contracción del esfínter anal 	<ul style="list-style-type: none"> • Espasmos musculares • Aumento de la taquicardia
RESOLUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Involución de la erección • Período refractario 	<ul style="list-style-type: none"> • Sudoración • Descenso de la presión arterial • Descenso de la frecuencia cardíaca

1. En la **fase de la excitación sexual** se produce uno de los síntomas más visibles, pero no el único, como es la erección del pene. Entender qué sucede cuando se produce la erección nos lleva a plantear nociones básicas de anatomía, de vascularización y de inervación del miembro varonil.

El pene está formado por dos cuerpos cavernosos, que son los que se llenan de sangre en la erección, y de un cuerpo esponjoso, que rodea la uretra y la protege.

La erección del pene es un fenómeno neurovascular y el resultado de la activación del sistema nervioso central (SNC) que integra estímulos psicógenos y sensoriales que controlan la inervación simpática y parasimpática del pene. En términos prácticos lo que sucede es lo siguiente: el hombre percibe, por diferentes vías, estímulos excitatorios (visuales, olfativos, táctiles, imaginativos...) que llegan a su cerebro

(área preóptica medial y núcleos paraventriculares del hipotálamo). Éste los reconoce y envía a su vez órdenes de activación a los centros medulares responsables de la intumescencia genital, así por el **centro dorsolumbar**, a nivel de D11-L2, intervendrán por fibras simpáticas, activando el plexo hipogástrico, los nervios cavernosos y el tejido peneano y por el (S2-S4) responderá a una estimulación genital directa. Estas órdenes nerviosas producirán una vasodilatación, cuya consecuencia será la erección del pene. No todos los estímulos tienen los mismos resultados en el hombre, al igual que no todas las relaciones eróticas deben de ser eréctiles y penetrativas, aunque en muchas ocasiones sea lo que sucede. El coito es un elemento más que enriquece la erótica de una pareja, pero ni es la práctica finalista ni debiera ser el resultado al que se dirigen todos los preliminares. Es más, si un hombre percibe y anticipa que la relación debiera ser penetrativa, lo único que le ocasionará será mayor ansiedad de ejecución e imposibilidad para una erección duradera.

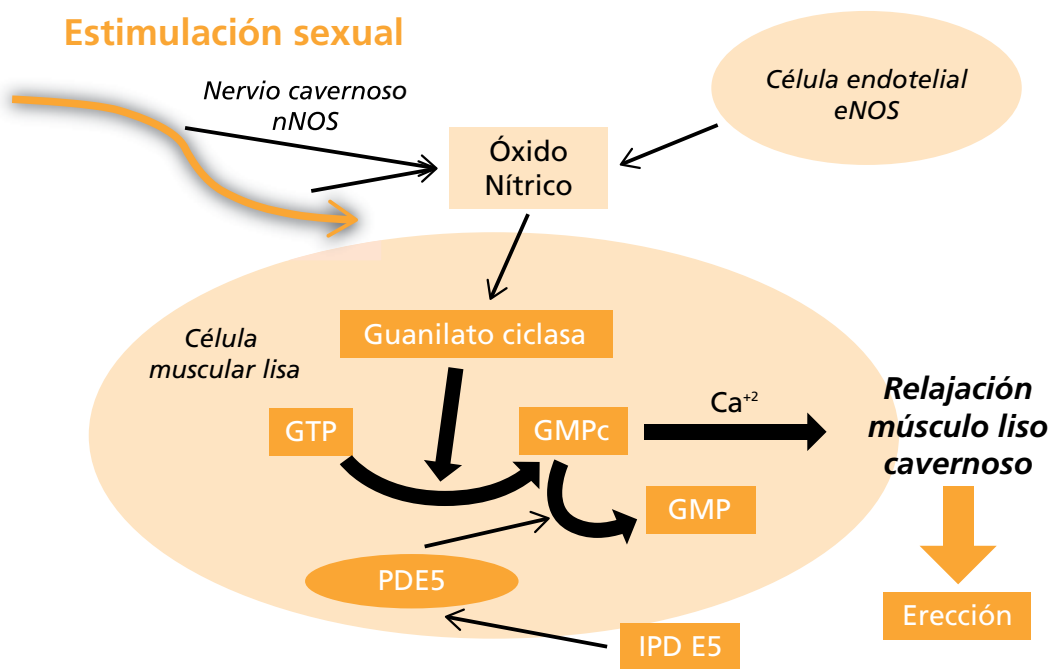
En estado de reposo o flaccidez, las arterias cavernosas y helicinas del pene están cerradas, el sinosioide colapsado, el músculo liso contraído y el calcio iónico dentro del citosol. Si la activación parasimpática se produce, las arterias se abren, se dilata el sinosioide (por expansión de los espacios lacunares y el atrapamiento de la sangre por la compresión de las vénulas subalbugíneas contra la túnica albugínea mediante un mecanismo veno-oclusivo), se relaja el músculo liso, sale el calcio iónico de la célula y el pene entra en erección. A este fenómeno se denomina corporo-veno-oclusivo y está mediado por la acetilcolina que estimula la producción de óxido nítrico (NO) por el endotelio de los espacios lacunares y por las terminaciones nerviosas no adrenérgicas no colinérgicas (NANC) del nervio cavernoso. El óxido nítrico (NO) es un radical libre altamente reactivo y químicamente inestable. El sustrato base para la síntesis del NO es la arginina, en presencia de oxígeno. El NO no presenta interacción con ningún receptor específico, como ocurre con la mayoría de los mediadores neuroquímicos, atravesando directamente la pared de la célula muscular lisa con gran facilidad.

Hay varios mecanismos mediante los cuales el Ca^{+2} citosólico se puede reducir y lograr la relajación, manteniéndose fuera de la célula muscular lisa o permaneciendo secuestrado dentro de sus organelas (retículo endoplasmático o mitocondrias), pero nunca disuelto en el citosol.

Para tratar de comprender cómo los neurotransmisores causantes de la relajación del músculo liso (por lo tanto de la erección del pene) inician estos procesos al unirse a los receptores de la membrana celular (excepto el NO que es un gas que difunde libremente a través de ella) enunciaremos dos sistemas intermedios de segundos mensajeros, que actúan en forma sinérgica:

1. El sistema de relajación del músculo liso activado por la guanilatociclasa, la cual cataliza la conversión del GTP guanosin trifosfato a GMPC guanosin monofosfato cíclico. Se encuentra activado por el NO; a su vez el GMPC activa la proteinkinasa G (PKG), la cual, a través de múltiples fosforilaciones, reduce el Ca^{+2} citosólico.
2. El otro sistema de relajación muscular actúa mediante la vía del AMPc adenosinmonofosfato cíclico, la que activa la proteinkinasa A (PKA), la cual también reduce la entrada del Ca^{+2} al citosol. Sus activadores son neurotransmisores, como la prostaglandina E, el péptido intestinal vasoactivo (VIP) y los receptores beta de las catecolaminas.
3. Tanto la acción del GMPC como la del AMPc se ven catalizadas y acotadas en su acción por las enzimas fosfodiesterasas (FDE), siendo la FDE5 (fosfodiesterasa 5) la de mayor actividad en el tejido cavernoso y cuya acción es específica para el GMPC. Por ello, tratamientos que enunciaremos más adelante, como los fármacos orales y las inyecciones intracavernosas, actúan como inhibidores de la PDE5 lo que facilitará que la erección y la vasodilatación se lleven a cabo.

Figura 4. Fisiología de la erección, papel del óxido nítrico (F Sanchez. Disfunción Eréctil. El Médico Interactivo. Madrid: Saned, 2010)



Por ello, cualquier patología, como veremos *a posteriori*, que interfiera en mecanismos que impidan la vasodilatación local del pene o de su inervación nerviosa provocará dificultades para la erección o, si se mantiene dicha situación, la patología de la disfunción eréctil.

2. En la fase meseta, la excitación es estable, la pareja mantiene un estatus excitatorio hasta entrar en fase resolutoria del orgasmo. El tiempo de duración de dicha fase varía de unos individuos a otros, y dependerá en parte de la educación sobre el control eyaculatorio que posea el hombre. El control eyaculatorio es un proceso educable, y su práctica puede ser resuelta enseñando al hombre a practicar una masturbación controlada. Una de las formas de dicho aprendizaje es a través de la Técnica de Parada y Arranque de Masters y Johnson. En dicha práctica se pide al paciente que comience la masturbación con la subida y bajada del prepucio, mientras se concentra o visualiza algo excitatorio para él, incrementando su rapidez de ejecución a medida que la erección del pene llega a su apogeo. El movimiento rítmico debe de ser mantenido hasta el momento que él perciba que, si continua con la masturbación, no podrá controlar ni parar la eyaculación, es lo que explicamos a los pacientes como el momento "si sigo, me voy", frente al "me voy", donde por mucho que realicemos parada y presión del pene la eyaculación seguirá su curso. En "si sigo, me voy", el hombre realiza una parada con compresión en la base del pene de treinta segundos, sin realizarse daño. Una vez terminada dicha parada, se le pide que siga masturbándose hasta notar de nuevo la misma sensación, con otra una nueva parada de otros treinta segundos. Retomada la segunda parada el hombre continua el acto de la masturbación y le permitimos la eyaculación. Mientras dura todo el proceso se le pide al hombre que trate de percibir los cambios extragenitales de su organismo (como el aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, la contracción rítmica de los músculos glúteos y pélvicos, la extensión de extremidades inferiores...) a fin de que le ayuden a reconocer los signos preorgásmicos en la próxima ocasión. Es importante que mientras el hombre o el adolescente comienzan con la erótica masturbatoria posean su tiempo y su espacio de intimidad, puesto que, si existe presión por miedo a ser pillado *in fraganti* o percibir que lo que hace tiene connotaciones negativas, tratará de finalizar lo más rápido posible.

3. La fase orgásmica consistente en un breve episodio de liberación física que sucede al aumento previo de la tensión muscular, de la congestión sanguínea pélvica y de la sensación corporal de excitación con percepción subjetiva de este clímax. Esta liberación energética se evidencia por descargas musculares rítmicas a nivel genital y perineal, aunque también comprometen en su sensación al resto del cuerpo. Estas contracciones son sumamente placenteras para ambos sexos y producen una sensación de alivio y relajación. En el hombre se visualiza frecuentemente a través de la eyaculación, aunque no en todos los orgasmos, ya que se podrá tener la sensación de orgasmo sin el acompañamiento de la expulsión de semen, al igual que podría producirse una emisión de semen tras recibir un masaje prostático sin tener que ser este placentero.

4. En la fase de resolución se produce la involución del pene, con la pérdida de la erección, se reduce la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca y respiratoria, todo ello acompañado de una sudoración profusa y un estado de relajación.

Antes de comenzar un nuevo episodio amoroso con la búsqueda o no de una nueva erección, el hombre entrará en un tiempo de recuperación denominado período refractario, que suele variar en los hombres, más suele ser de mayor duración según se acompaña del paso de la edad.

Todas estas fases no tendrían sentido sin lo que denominó Helen Kaplan fase de deseo, que precede a todas ellas. El deseo podría definirse como el impulso a anhelar aquello que no se posee, que en el terreno de la erótica podrá ajustarse como el ansia a disfrutar y deleitarse con el cuerpo y el placer del ajeno.

Hay dos tipos de deseos, un deseo más masculino y un deseo más femenino, no siempre coincidentes con el hecho de ser hombre o mujer respectivamente.

El deseo masculino es un deseo más visual, más directo y mecánico, mientras que el deseo femenino suele ser más auditivo, olfativo y cerebral. Pongamos un ejemplo aclaratorio. Imaginad que un hombre con deseo muy masculino llega a casa cansado y tarde con el único anhelo de posar sus posaderas en el sofá de su casa, más al abrir la puerta, la primera imagen que vislumbra es el de su pareja esperándolo con escasa lencería negra. Acto seguido el cansancio desaparece por arte de magia y su excitación aflora. Mas no sucedería lo mismo si invirtiéramos los papeles. La misma mujer con deseo muy femenino cansada de trabajar llega a casa tarde con el mismo único anhelo que el de descansar en dicho sofá, y su primera imagen que aparece es el de su pareja, hombre, con un tanga masculino esperándola. La probabilidad de provocar una risa irónica con comentario jocoso será alta, y de que termine sentada ante el televisor también. Mas si ese mismo hombre la espera con un baño de espuma preparado, una cena lista, una música que acompañe el momento y ciertas frases de deleite para los oídos de dicha la mujer la probabilidad, aún estando cansada, de caer en los brazos de la excitación será a su vez elevada.

La activación de los deseos es un proceso muy personal, variable y cultural. Climas de tabulización y represión educacional precipitan a que la gente no se atreva a desear, a expresar dichos anhelos sexuales o a formular fantasías eróticas. Por ello, tratemos de verbalizar y de permitir los qué, cómo y cuándo de nuestros deseos para que puedan ayudar, no sólo al disfrute de nuestros placeres carnales, sino a desinhibirnos y a permitir que la erección tenga una más fácil ejecución.

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE

Es un hecho que existen dificultades para el abordaje de la sexualidad, tanto por parte de los profesionales de la sanidad, como por parte de los propios pacientes. En ocasiones, estas dificultades hacen que el paciente tome la iniciativa de consultar al farmacéutico en relación a medicamentos que se utilizan en la mejora de la respuesta sexual, aún antes de haber decidido sobre si los usará no.

Además, el paciente acude con un exceso de información que en general ha obtenido a través de canales poco fiables (internet, amigos...). De ahí la responsabilidad del farmacéutico en valorar cada caso para poder asesorar de forma individualizada y efectiva.

El usuario que no ha consultado al médico y acude a la farmacia sin receta médica, generalmente, pregunta directamente por los medicamentos que conoce para la DE o, indirectamente, si tienen alguna contraindicación que le haga valorar su uso.

6.1 Valoración farmacéutica en la farmacia

En primer lugar hay que determinar si el usuario que consulta padece o no DE. Para ello deben descartarse algunas circunstancias:

- La intención de uso lúdico de medicamentos que mejoren la respuesta sexual (entre los jóvenes se extiende el uso de medicamentos contra las dificultades en la respuesta sexual generadas normalmente tras el abuso de tóxicos).
- La existencia de otras patologías de la esfera sexual que puedan ser mal interpretadas (en ocasiones el deseo sexual hipoactivo puede ser confundido con una DE).

El farmacéutico comunitario podrá, a través de una encuesta, efectuar una valoración farmacéutica de la DE que le ayude en su intervención a decidir la derivación al médico, si fuera necesario. La formulación de una serie de preguntas sencillas le pueden llevar a conocer a grandes rasgos si el paciente:

- Está sufriendo o ha sufrido algún tipo de proceso patológico que pudiera ser causa de DE, de forma directa o indirecta (Tabla 7)⁴⁰.
- Presenta algún síntoma, aún no valorado por el médico, que pudiera suponer la existencia de alguno de estos procesos.
- Toma alguna medicación que pueda influir de forma negativa en la erección (Tabla 7) o que esté contraindicada con los tratamientos que se utilizan en DE (véase apartado correspondiente en el texto).
- Tiene experiencia previa en el uso de medicamentos para la DE (en ocasiones un mal uso previo ha podido condicionar el fracaso terapéutico).

Para obtener la información necesaria para la valoración farmacéutica es fundamental empatizar con el paciente y ser capaces de crear un clima y unas circunstancias que favorezcan la discreción y la confidencialidad. Además, es importante la actitud del profesional en cuanto a la naturalidad y la utilización de un lenguaje, verbal y no verbal, adecuado. Expresiones como “dificultades en la erección” hacen más cómodo y facilitan el inicio del interrogatorio, mientras que otros términos, como “impotencia”, conllevan una serie de connotaciones peyorativas y contraproducentes para una buena comunicación.

Tabla 7. Principales causas de DE. Modificada de Tijeras MJ, 2º Congreso Virtual Atención Primaria. SEMERGEN 2011⁴⁰

EDAD	> 50 años; > 45 años con factores de riesgo cardiovascular
CAUSAS ORGÁNICAS	<p>Trastornos vasculares:</p> <p>Hipertensión arterial;</p> <p>Cardiopatía isquémica;</p> <p>Arterioesclerosis;</p> <p>Síndrome de Raynaud</p>
	<p>Trastornos Metabólicos/Endocrinos:</p> <p>Diabetes;</p> <p>Hipogonadismos;</p> <p>Hiperprolactinemia;</p> <p>Hipo/hipertiroidismo;</p> <p>Síndrome de Cushing</p> <p>Enfermedad de Addison.</p>
	<p>Trastornos Neurológicos:</p> <p>Lesión medular;</p> <p>Neuropatías;</p> <p>Esclerosis múltiple;</p> <p>Parkinson;</p> <p>Demencias;</p> <p>Epilepsia temporal;</p> <p>Accidente Vascular Cerebral (ACV)</p>
	<p>Enfermedades Sistémicas:</p> <p>EPOC;</p> <p>Insuficiencia cardíaca;</p> <p>Cirrosis;</p> <p>Insuficiencia Renal Crónica (IRC);</p> <p>Enfermedad prostática benigna y maligna;</p> <p>Cáncer de vejiga y recto</p>
	<p>Alteraciones anatómicas /estructurales:</p> <p>Enfermedad Peyronie;</p> <p>Traumatismos pélvicos;</p> <p>Epispadias e hipospadias</p>

IATROGÉNICA	<p>Medicamentosa:</p> <p>Antihipertensivos: los que menos afectan a la función sexual son los Antagonistas del calcio y los inhibidores del sistema renina-angiotensina, como IECA, ARA-II y los inhibidores de la renina;</p> <p>Psicofármacos (antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos e hipnóticos); los que menos afectan a la función sexual dentro de los antidepresivos son Mirtazapina, Bupropion, Duloxetina y Reboxetina</p> <p>Diuréticos;</p> <p>Digoxina;</p> <p>Estrógenos y antiandrógenos;</p> <p>Anticonvulsivantes;</p> <p>Antihistamínicos</p>
	<p>Quirúrgica / Radioterapia:</p> <p>Prostatectomía radical o transuretral;</p> <p>Orquiectomía bilateral;</p> <p>Prótesis aortoiliácas;</p> <p>Resección abdomino perineal</p>
	<p>Tóxicos: Tabaco; alcohol; derivados del cáñamo; heroína; cocaína, "pastillas"</p>
CAUSAS PSICOLÓGICAS	<p>Depresión</p> <p>Ansiedad</p>

6.2. Derivación informada

Con los datos obtenidos se puede lograr una primera valoración farmacéutica, que debe ser transmitida al paciente junto con la información relativa al proceso clínico y la **indicación de consultar al médico** por los siguientes motivos:

- La DE puede ser un síntoma centinela de procesos patológicos que aún no hayan sido diagnosticados, como es el caso de la patología cardiovascular, con la que comparte factores de riesgo y fisiopatológicos muy frecuentemente^{5,41}.
- El tratamiento de procesos patológicos asociados, por sí mismo, puede revertir en ocasiones la disfunción sexual, sin necesidad de asociar otros medicamentos⁴².
- En caso de que el paciente sea candidato a beneficiarse de los fármacos empleados en el tratamiento de la DE, éstos han de ser dispensados con receta médica.
- Si el paciente utiliza algún tratamiento que pudiera suponer una contraindicación para el uso de fármacos que favorezcan la respuesta sexual, es fundamental el seguimiento farmacoterapéutico por parte del farmacéutico que, conjuntamente con el médico, valorarán la posibilidad de modificar las dosis o los principios activos, decisión final que tomará el médico al efectuar la nueva prescripción, si procediera.

En este consenso se ha elaborado un **Documento de Derivación Informada**, mediante el cual se pretende iniciar una colaboración entre el farmacéutico y el médico en beneficio del paciente. El médico de Atención Primaria que reciba un paciente derivado de la farmacia tendrá una primera valoración

farmacéutica y la impresión de que la responsabilidad en el buen tratamiento del paciente estará compartida (Documento de Derivación Informada en el capítulo 10, Anexos-Materiales).

6.3. Diagnóstico médico

Aunque el diagnóstico médico corresponde al profesional de Atención Primaria en el primer escalón asistencial, o a otros especialistas en el segundo, es importante que el farmacéutico tenga unas nociones del mismo por si tiene que aportar información en la farmacia.

6.3.1 Historia clínica

La piedra angular del diagnóstico en Atención Primaria es la anamnesis, mediante la cual se pueden determinar:

- Las características del cuadro clínico, con las cuales diferenciar la DE como de origen orgánico, psicógeno o mixto (Tabla 8)⁴³:
 - Primaria/Secundaria: la dificultad en la erección es desde siempre o aparece después de haber tenido erecciones adecuadas
 - Generalizada/Situacional: ocurre siempre, incluso en la masturbación, o sólo en determinadas circunstancias. La existencia de erecciones matutinas descartaría un proceso vascular grave.
 - Total/Parcial: la erección no se produce o se produce algún grado de erección, o se pierde durante el encuentro sexual.
- La historia clínica general del paciente debe aportar información sobre la toma de medicamentos, hábitos de vida, abuso de sustancias, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes familiares, etc.
- La historia psicosexual debe aportar información sobre la educación sexual recibida, así como la existencia de mitos y conceptos erróneos que influyen en los hábitos sexuales, en la actitud ante la sexualidad y ante las dificultades sexuales. La relación de pareja, si existe, puede estar dañada por la disfunción o ser un factor predisponente o precipitante de la misma.

Tabla 8. Aproximación al diagnóstico diferencial entre DE orgánica y psicógena. (MJ Tijeras. Curso on line Disfunción Eréctil en Atención Primaria. Madrid: Wolters Kluwer Pharma Solutions; 2010)

Características	Orgánica	Psicógena
Edad	Adulto maduro	Joven
Inicio	Progresivo	Brusco
Pérdida de la erección	Total	Parcial
Erecciones nocturnas y matutinas	No	Sí/No
Evolución	Progresiva	Intermitente
Situacional	No	Sí
Personalidad ansiosa	Sí/No	Sí

6.3.2 Cuestionarios

La valoración diagnóstica puede completarse con algunos cuestionarios (ver capítulo 10, Anexos-Materiales) de fácil administración entre los que se encuentran:

- Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE)
- Índice de Salud Sexual para el Varón (SHIM)

El SHIM es un test reducido, que se ha desarrollado sobre la base del primero. Consiste en cinco preguntas y posee alta sensibilidad y especificidad, además de ser muy rápido para realizar un *screening* en pacientes con factores de riesgo (ver Test de SHIM).

6.3.3 Exploración física y petición de analítica complementaria

Para realizar el diagnóstico de DE, el médico de Atención Primaria explora al paciente por sistemas (Figura 5)⁴⁰ y solicita determinaciones analíticas, en caso de que lo considere necesario. No existen pruebas analíticas específicas para la DE, pero, en caso de sospecha, se han de solicitar estudios que detecten los factores de riesgo cardiovascular, la patología prostática y los casos de hipogonadismo (glucemia basal, perfil lipídico, función hepática y renal, antígeno prostático, testosterona total y libre o perfil tiroideo).

Figura 5. Exploración física en un paciente con DE (modificada de Tijeras MJ, Congreso Virtual Atención Primaria. SEMERGEN 2011⁴⁰)

- Sistema vascular: tensión arterial, pulsos inguinales, de cuerpos cavernosos y distales, auscultación soplos abdominales e inguinales
- Sistema neurológico: sensibilidad perineal y reflejos como:
 - *Reflejo bulbocavernoso*: se pellizca o pincha el dorso del glande mientras se realiza un tacto rectal, y se obtiene, en condiciones normales, una contracción del músculo bulbocavernosos y del esfínter anal externo. Su ausencia indica lesión de la médula espinal sacra (S2 - S4).
 - *Reflejo anal digital*: se introduce el dedo en el ano y presionamos las paredes observándose la tensión del esfínter. Su ausencia indica lesión de la vía eferente pudenda.
 - *Reflejo cremastérico*: se produce elevación del escroto al estimular la parte supero-interna del muslo. Su ausencia indica lesión de la médula espinal sacra (S3 - S4).
- Sistema endocrino: buscar indicios de posible hipogonadismo (ginecomastia, distribución del vello en la barba, las axilas y el pubis o distribución de la grasa corporal).
- Sistema genitourinario: explorar genitales externos (curvatura o placas en el pene de la enfermedad de Peyronie, que contraindica el tratamiento oral de la DE), patología prostática y tacto rectal en pacientes mayores de 50 años o si van a precisar tratamiento con testosterona.

6.4 Intervención especializada

La mayoría de los casos de DE es adecuadamente diagnosticada y tratada en la Atención Primaria, pero existen unos determinados **criterios de derivación**⁴⁴ a escalones asistenciales superiores, como son:

- Petición del paciente o la pareja.
- Falta de respuesta al tratamiento con fármacos específicos.
- Conflicto o mala relación de pareja.
- Patología psicológica o psiquiátrica importante.
- Patología urológica específica o que genere dudas diagnósticas: enfermedad de Peyronie, traumatismos peneanos, etc.
- Patología endocrina o sospecha de hipogonadismo.
- Patología de base que requiera diagnóstico o tratamiento de especialista.

Las pruebas diagnósticas en casos de derivación varían dependiendo de la orientación diagnóstica. En general, la **valoración específica de la función eréctil** se realiza en unidades especializadas (dependientes del departamento de urología, andrología, etc.) con pruebas como:

- Pruebas de registro de la rigidez espontánea, tras la simple estimulación visual erótica o mediante aparatos específicos, como el rigiscan, que detecta las erecciones nocturnas.
- Valoración del componente vascular, mediante ecografía doppler, cavernosometría, arteriografía de la arteria pudenda interna o inyección intracavernosa de PGE1.
- Valoración del componente neurológico, mediante potenciales evocados o electromiografía.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

7.1 Premisas y consideraciones previas

La farmacia comunitaria es un recurso social fundamental en el ámbito de la promoción de la salud en la que una correcta información al paciente sobre aquellos aspectos de problemas sexuales como la disfunción eréctil puede resultar determinante para la educación sanitaria sobre estos problemas. La actuación profesional del farmacéutico comunitario juega un papel fundamental en la concienciación del paciente tanto a la hora de pedir ayuda médica como a la hora de seguir el tratamiento establecido por el médico.

Para informar adecuadamente al paciente con problemas de erección, el farmacéutico comunitario deberá tener en cuenta, en primer lugar, los factores etiológicos de la disfunción eréctil. Además, se prestará atención a los factores psicológicos, como la ansiedad de ejecución, por ejemplo, ya que, al estar siempre presentes, pueden actuar como factores mantenedores, independientemente de que la causa original sea de carácter biológico o psicológico.

Debe tenerse en cuenta, además, que uno de los factores psicosociales que más influye en el éxito terapéutico es la relación de pareja y no es infrecuente que la DE coexista con un conflicto relacional, en ocasiones como consecuencia del problema sexual de larga duración y en otras como parte del origen del mismo.

La actitud y las expectativas de la pareja han de ser tenidas en cuenta, pues se pueden convertir tanto en facilitadoras como en obstructoras de la evolución del cuadro clínico.

7.2 Tratamientos etiológicos

El objetivo del tratamiento de la DE es el conseguir que la experiencia sexual sea satisfactoria para el paciente y para la pareja, por lo que tendremos que actuar a tres niveles:

- Tratamiento etiológico a través de la identificación de procesos que causen de forma reversible DE y del control de hábitos tóxicos.
- Información y consejo sexual.
- Tratamiento sintomático en diferentes líneas de intervención.

Dentro de los tratamientos etiológicos, es importante identificar causas reversibles de disfunción eréctil como el uso concomitante de medicamentos que pueden causar la disfunción, pues siempre que sea factible podremos indicar al paciente la valoración junto a su médico de un cambio de medicación⁴⁵.

El tratamiento etiológico de la DE no suele restaurar la erección, en primer lugar porque no suele haber una única causa del problema y, en segundo lugar, porque a la causa originaria habrá de añadirse el miedo al fracaso y la ansiedad de ejecución que el paciente ha ido acumulando en diferentes encuentros sexuales con mala erección.

1.- *Sustitución hormonal*

En algunas publicaciones se consideran determinados tratamientos etiológicos de éxito, como puede ser la sustitución hormonal con testosterona en caso de DE por hipogonadismo.

Hablamos de hipogonadismo cuando la testosterona libre presenta valores inferiores a 0,225 nmol/l, o la total está por debajo de dos desviaciones del límite inferior de la normalidad.

El tratamiento con testosterona se controla mediante la realización de un tacto prostático y una determinación de PSA cada cuatro meses durante el primer año y después anualmente.

2.- *Control de hábitos tóxicos*

Los hábitos tóxicos pueden ser factores etiológicos, precipitantes o mantenedores de la DE.

Su control es uno de los puntos fundamentales de la prevención primaria, siendo el ejercicio físico uno de los factores modificables que más influye en la prevención de la DE, incluso cuando se empieza a practicar de forma tardía⁴⁶.

Pero también se ha comprobado que la mejora en el estilo de vida influye de forma positiva en la evolución de la DE ya instaurada⁴⁷.

La dieta saludable (baja en grasas), la pérdida de peso y el incremento de la actividad física benefician a los pacientes con DE, mejorando la función endotelial y ayudando a la terapia farmacológica⁴⁸.

El abandono del consumo de tabaco también resulta fundamental, ya que facilita los procesos vasculares implicados en la DE. Aunque en cuadros de larga duración, en personas mayores y con otros factores asociados su efecto no es tan contundente, se ha comprobado que el abandono del tabaco puede revertir la DE en varones jóvenes, mejorar la tumescencia peneana nocturna y la rigidez (sobre todo en exfumadores de cuarenta cigarrillos diarios) y acercar la prevalencia de DE a la de los individuos no fumadores⁴⁹.

Desde la farmacia comunitaria ha de tenerse en cuenta que la DE puede ser uno de los motivos a esgrimir en el consejo antitabáquico, con la ventaja de ser un proceso más inmediato que el cáncer o el riesgo de infarto.

La reducción de la ingesta alcohólica también se ha relacionado con la mejoría de la DE, lo cual supone a su vez un punto a favor en la rehabilitación psicosocial de pacientes alcohólicos.

Disminuir de peso descendiendo el IMC es otro aspecto del que es importante informar ya que tras dos años de iniciada la intervención para perder peso se produce una mejoría en los valores del IIEF (*International Index of Erectile Function*) en pacientes obesos.

La reducción de los niveles de colesterol mediante el uso de estatinas se ha correlacionado también con una mejoría de la DE.

El control de la glucemia, especialmente en pacientes diabéticos, supone un beneficio para la calidad de la erección que es mayor cuanto menor es el tiempo de evolución y menos complicada esté la enfermedad⁵⁰.



3.- Información y consejo sexual

El consejo sexual forma parte de la intervención en disfunción eréctil y debe realizarse en diferentes niveles y entornos asistenciales⁴⁷.

Como en cualquier otro campo, no consiste en decir al paciente lo que debe hacer, sino en aportarle la información y las herramientas necesarias para que pueda tomar sus decisiones y animarle a buscar ayuda especializada o despejar sus dudas tras recibir ésta.

Las características de la relación entre el farmacéutico y el paciente facilitan la escucha activa, la comunicación y la posibilidad de informar correctamente al paciente, lo cual contribuirá entre otros a la eliminación de mitos relacionados con el proceso.

En el caso de la DE, y si además podemos incluir a la pareja en el consejo sexual, debemos tener en cuenta algunos aspectos como:

- La aparición de DE no presupone que haya un conflicto de pareja, o que el hombre haya perdido el interés por su pareja, o mantenga otras relaciones al margen.
- El origen psicógeno no presupone que haya un proceso psicopatológico profundo.
- Se puede tener una sexualidad satisfactoria sin erecciones, pues la erección es una variable importante de la sexualidad masculina, pero no la única.
- La erección no tiene que ser igual en todos los momentos de la vida, y su pérdida o disminución no convierten al hombre en “impotente”, ni disminuye su valor como hombre, ni como persona.

La DE afecta en un principio sólo a la fase de excitación; es posible sentir deseo y placer. Sin embargo, las relaciones sexuales del paciente con disfunción eréctil suelen contaminarse de inconvenientes, como el exceso de autoobservación, que provocan falta de atención a los estímulos eróticos, temor al fracaso, ansiedad anticipatoria... todo lo cual puede acabar afectando al resto de las fases.

7.3. Tratamientos sintomáticos

Según el grado de invasión, los posibles tratamientos para la DE se clasifican en terapias de primera, segunda o tercera línea (Tabla 9).

Tabla 9. Clasificación de terapias para DE (modificada de British Society for Sexual Medicine Guidelines, 2008⁴⁶)

Terapias de primera línea	Terapias de segunda línea	Terapias de tercera línea
Consejo psicosexual y modificación de hábitos tóxicos (siempre)	Alprostadilo intracavernoso	Prótesis peneana
Inhibidores de PDE5 v.o.	Alprostadilo intrauretral	
Dispositivos de vacío		

Entre las terapias de primera línea estarían también clasificados otros fármacos de administración oral, como la apomorfina sublingual, yohimbina o fentolamina, pero su uso ha quedado relegado tras la aparición de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5, hasta tal punto que alguno de ellos ya no se encuentra disponible en la Unión Europea.

7.3.1 De primera línea

Tratamiento farmacológico oral de la disfunción eréctil⁵¹

Desde la aparición en 1998 de los fármacos inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDE5), el tratamiento de la DE se ha facilitado considerablemente. Podríamos decir que existe un antes y un después en el manejo clínico de esta disfunción, y que, con el tiempo, la experiencia y la investigación están favoreciendo la confianza de los profesionales y de los pacientes en la seguridad, eficacia y tolerancia de estos fármacos⁵².

Como punto fundamental de este manual, dentro del abordaje terapéutico de la DE, se pretende que el farmacéutico se familiarice con los aspectos más significativos del uso de los inhibidores de la PDE5.

Características de los fármacos inhibidores de la PDE5

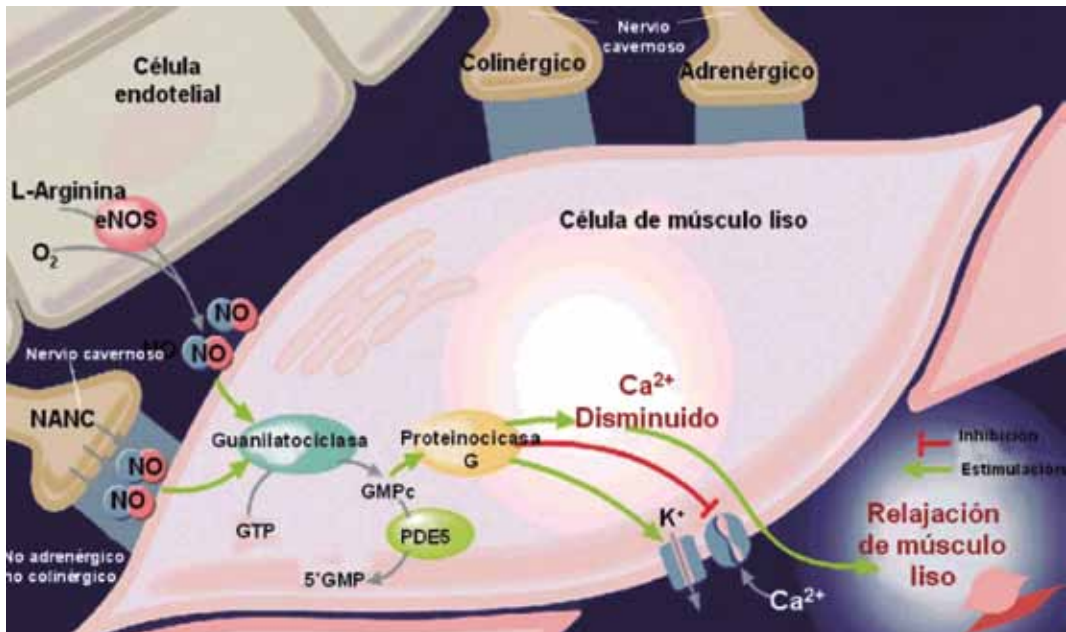
Los inhibidores de la PDE5 disponibles en este momento en el mercado son:

- Sildenafil (Viagra®, Pfizer SA)
- Tadalafilo (Cialis®, Eli Lilly and Company)
- Vardenafilo (Levitra®, Laboratorios Bayer)

Los nuevos candidatos para el futuro son avanafil, udenafil, SLx-2101 y mirodenafil.

Actúan inhibiendo de forma selectiva, potente y reversible la PDE5, lo cual aumenta la concentración del GMPc, éste a su vez el cierre de los canales de calcio, la disminución de calcio intracitosólico y la relajación de la fibra muscular lisa que produce la vasodilatación de los cuerpos cavernosos necesaria para la erección (Figura 6).

Figura 6. Mecanismo de acción de los inhibidores de la PDE5⁵³



El GMPc se produce por la transformación de GTP mediada por la enzima guanilatociclasa, tras producirse óxido nítrico (NO) durante el estímulo sexual. De aquí deriva una de las principales características de los fármacos inhibidores de la PDE5: necesitan el estímulo sexual y la liberación de NO, para actuar como potenciadores de la respuesta sexual fisiológica. Del mismo modo, al cesar el estímulo cesa su acción, disminuyendo el riesgo de priapismo.

Contraindicaciones

Los inhibidores de la PDE5 son fármacos seguros, con pocas contraindicaciones, que clasificaremos en absolutas y relativas (Tabla 10).

Tabla 10. Contraindicaciones de los inhibidores de la PDE5.

Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
Alergia o intolerancia al fármaco	Insuficiencia hepática grave
Uso concomitante de nitritos o donadores de óxido nítrico	Hipotensión arterial (<90/50)
Pacientes en los que la actividad sexual esté contraindicada	Alteraciones hereditarias de la retina (retinitis pigmentaria)
Neuropatía óptica isquémica no arterítica (NAION)	Deformidad del pene (Peyronie) o predisposición al priapismo.
	Hemorragia o úlcera péptica activa

En los pacientes cardiopatas se siguen las recomendaciones del Consenso de Princeton, que estipula que aquellos que se clasifican como de “bajo riesgo” pueden ser tratados para reanudar su actividad sexual, mientras los de “riesgo elevado” la tienen contraindicada. Las características que contraindican la actividad sexual son: IAM (Infarto agudo de miocardio) < 2 semanas, ACV (Accidente cardiovascular), angina inestable, insuficiencia cardíaca grado III-IV, HTA no controlada, miocardiopatía hipertrófica obstructiva, arritmias de alto riesgo y valvulopatía moderada o severa. Los pacientes de riesgo intermedio han de ser reclasificados en alguno de los otros dos grupos tras una prueba de esfuerzo⁵⁴.

Eficacia de los fármacos inhibidores de la PDE5

La eficacia de los inhibidores de la PDE5 es a estas alturas incuestionable. En la mayoría de los ensayos clínicos se obtienen éxitos terapéuticos del 70-90% para todos los tipos de DE, dependiendo los distintos resultados del tiempo de evolución del cuadro clínico, de la patología asociada y del grado de severidad del mismo. Los porcentajes más elevados de no efectividad se dan en diabéticos de larga duración y en ancianos.

Tanto en la clínica diaria como en la investigación, se valora la eficacia mediante cuestionarios, atendiendo sobre todo a algunos de sus ítems más significativos:

- Índice Internacional de la Función Eréctil (IIEF): preguntas 4 y 15 (*referidas a las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia logró mantener la erección después de la penetración?; ¿cómo calificaría la confianza que tiene en poder lograr y mantener una erección?*).
- Perfil del Encuentro Sexual (SEP): preguntas 2 (SEP2) y 3 (SEP3) (*¿pudo introducir el pene en la vagina de su pareja? y ¿duró la erección lo suficiente para tener un coito/relación sexual satisfactoria?*).

Diferencias entre los fármacos inhibidores de la PDE5

En cuanto a la eficacia:

No existen estudios comparativos entre los inhibidores de la PDE5, por lo cual no hay evidencia de superioridad de ninguno de ellos.

En cuanto a la farmacodinamia:

De las diferencias farmacocinéticas derivan aspectos importantes para la satisfacción con el tratamiento, como la duración del efecto, la interacción con alimentos o el tiempo de inicio de la acción (Tabla 11).

Tabla 11. Diferencias farmacodinámicas de los inhibidores de la PDE (tomada de San Martín Blanco C. Evaluación diagnóstica y tratamiento de la disfunción eréctil en Atención Primaria. Wolkers Kluwer Health Pharma Solutions. Madrid 2010⁵²)

Fármaco	Sildenafil (Viagra®)	Vardenafilo (Levitra®)	Tadalafilo a demanda (Cialis®)	Tadalafilo diario (Cialis®)
Dosis oral	25-50-100 mg	5-10-20 mg	10-20 mg	2,5 mg* 5 mg
Vida media	3-5 h	4-5 h	17,5 h	17,5 h
Duración eficacia	4-5 h	4-5 h	36 h	Continua
Interacción alcohol	No	No	No	No
Interacción alimentos	Si	Si	No	No
Tiempo hasta el inicio de la relación sexual	12-37 minutos	25 minutos	30 minutos	Continua
Eficacia	Más de 80%	Más de 80%	Más de 80%	Más de 80%
Contraindicaciones	Retinitis pigmentosa, Nitratos y NAION	Nitratos y NAION	Nitratos y NAION	Nitratos y NAION

* No disponible en España

En cuanto a los efectos adversos:

La fosfodiesterasa 5 se encuentra en los cuerpos cavernosos, en las plaquetas y en el músculo liso vascular y visceral. Su inhibición afectará pues a la erección, pero también al tono del músculo liso y a la agregación plaquetaria. Con cualquiera de los fármacos inhibidores se pueden producir, siempre en porcentajes no elevados, efectos adversos como cefaleas, rubor facial, dispepsia o congestión nasal.

Aunque su acción sobre la PDE5 es bastante selectiva, los inhibidores pueden también actuar sobre otras fosfodiesterasas, lo cual redonda en diferencias en cuanto a algunos de los efectos secundarios:

- Por su efecto inhibitor sobre la PDE6 (retina), sildenafil y vardenafilo pueden producir con más frecuencia alteraciones visuales.
- Por su efecto sobre la PDE 11 (músculo esquelético, entre otros), tadalafilo puede producir con más frecuencia dolores de espalda y mialgias, sobre todo a dosis elevadas.

Existen numerosos estudios en relación a los posibles efectos adversos de estos fármacos en los pacientes cardiovasculares.

Sildenafil ha sido el más evaluado por su antigüedad, demostrando que no produce más IAM en sus usuarios, incluso en pacientes que dejan de tener contraindicada la actividad sexual tras una afección cardíaca⁵⁵.

Tadalafil también ha demostrado su seguridad, tanto a demanda como en la dosificación diaria, no produciendo más IAM que en grupo control⁵⁶.

En el Segundo Consenso de Princeton, tras repasar todos los estudios al respecto, se hace énfasis en la seguridad de estos fármacos en los pacientes con DE concomitante con enfermedad cardiovascular e, incluso, se hace referencia a posibles efectos beneficiosos sobre el endotelio de los vasos con alteraciones⁵⁷.

En este sentido ya se ha obtenido la aprobación por la EMEA para el uso de sildenafil y tadalafil, en dosis diaria para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar (Grupo 1).

También se han llevado a cabo estudios de seguridad en asociación con otros fármacos. Como sabemos, existe una contraindicación absoluta para el uso concomitante de inhibidores de la PDE5 y nitritos o donadores de óxido nítrico.

Pero los tres fármacos han probado su seguridad en asociación con diferentes antihipertensivos (sildenafil, tadalafil y vardenafil), o tratamientos para la dislipemia (vardeafil).

La asociación con alfabloqueantes, como la doxazosina (antagonista alfa1 adrenérgico selectivo utilizado para la HTA y para HBP), no está indicada sin precauciones por posible hipotensión sintomática.

En cuanto a la dosificación:

Las presentaciones de los distintos fármacos inhibidores de la PDE5 pueden ser consultadas en la Tabla 11. En general, se ha recomendado empezar por la máxima dosis disponible para después reducirla, si es posible.

Hasta ahora se ha empleado mayoritariamente la dosificación a demanda, antes de las relaciones sexuales, sin embargo, existe la posibilidad de utilizar una dosis continua diaria con tadalafil 5 mgr, gracias a su semivida media de 17,5 horas y con igual eficacia y seguridad. Este tratamiento es una alternativa para determinados pacientes y situaciones clínicas tendentes a la cronicidad, donde el médico valorará aspectos como planificación, dosificación, seguridad o espontaneidad en la relación a la hora de tomar la decisión final^{58,59,60,61}.

Fitoterapia

En la farmacia comunitaria es frecuente la consulta sobre productos fitoterapéuticos en el abordaje de la salud sexual, entre la cual, en el hombre, destaca la disfunción sexual. Es evidente que existen muchos productos publicitados con esas cualidades y que no siempre se dispone de estudios clínicos que avalen su eficacia clínica.

Su recomendación por parte del farmacéutico comunitario resulta discutible en muchos casos. A pesar de su importancia para mantener una buena salud sexual, no se tratarán aquí temas relacionados con la necesidad de una dieta saludable que contemple tanto las necesidades básicas de macronutrientes (proteínas, grasas e hidratos de carbono) como de micronutrientes (vitaminas y sales minerales) y su posible suplementación. Entre los fitoterápicos considerados como afrodisíacos o mejoradores de algunos aspectos de la función sexual destacan la maca andina, el gingseng y el ginkgo biloba.

Se ha relacionado recientemente a los productos como los fitoestrógenos (isoflavonas de soja y de trebol rojo y cimicifuga) con la mejoría en la función sexual de la mujer, sobre todo alrededor de la menopausia.

Maca

La maca andina es una planta conocida por su uso desde tiempo entre los habitantes de los Andes por sus propiedades energizantes y nutritivas y que ha sido utilizada habitualmente para elevar el vigor masculino y aumentar el impulso femenino. Las actividades más estudiadas en los hombres son la mejora del deseo sexual y los parámetros seminales.

En su composición destacan sustancias como flavonoides, proantocianidinas, isotiocianato y glucosinolato. Actualmente, se investiga la posibilidad de que el efecto de la maca tenga que ver con los alcaloides macamidas y macaenos, específicos de dicha planta. Se considera que su contenido en aminoácido L-arginina favorecería el efecto vasodilatador haciendo llegar mayor cantidad de sangre a la zona pélvica.

Existen estudios en los que se afirma que la maca aumenta el deseo sexual, sin afectar a los niveles hormonales.

En un estudio doble ciego, controlado con placebo y cruzado, comparando 1,5 g con 3 g/d tanto en hombres y mujeres con disfunción/es sexual/es inducida/s por ISRS, en el cual la disfunción sexual fue medida con escalas específicas se concluyó que con 3 gr/d se mejora la disfunción/es sexual/es inducida/s por los ISRS⁶².

La posología recomendada va desde 1 a 3 g al día.

Entre los efectos secundarios, aunque no muy frecuentes, destacan los derivados del exceso de energía como puede ser el estrés o el insomnio y, debido a su contenido en fibra, podría ser la flatulencia por producción de gas o la diarrea.

Ginseng

El *Panax ginseng* coreano se ha utilizado principalmente como un estimulante que puede mejorar la actividad física, así como el estado del ánimo. En su composición destacan los ginsenósidos, siendo más abundante en el ginseng coreano que en el americano. En cuanto a su actividad a nivel sexual, las vías por las cuales se supone que actuaría serían: la vasodilatación directa del tejido cavernoso (favoreciendo la excitación) y la actuación sobre catecolaminas hipotalámicas y sobre la prolactina hipofisaria, disminuyéndola (probablemente mediante efecto directo del on sobre la hipófisis), mejorando por tanto la conducta sexual y la libido. De hecho, en estudios preclínicos se ha visto como mejora la conducta sexual en ratas⁶³.

La eficacia sobre la disfunción eréctil y la satisfacción sexual en hombres también se ha observado en diferentes estudios clínicos doble ciego y con placebo ^{64,65}.

La posología que se recomienda es de 600 mg a 1.000 mg tres veces al día.

En cuanto a efectos secundarios el más frecuente es la dificultad para dormir (insomnio), también se han referenciado, aunque no tan frecuentes aumento del ritmo cardíaco, la presión arterial alta o baja, el dolor de cabeza, la pérdida de apetito, la diarrea, la picazón, las erupciones en la piel, los mareos y los cambios de humor, entre muchos otros.

Ginkgo biloba

La actividad del ginkgo biloba se basa en su efecto para mejorar la circulación sanguínea, por lo que se ha utilizado para un mejor funcionamiento de la circulación sanguínea a nivel del cerebro, los ojos, los oídos y las piernas.

Es un producto bastante seguro, aunque pueden aparecer algunos efectos secundarios de carácter leve, como molestias estomacales, dolor de cabeza, mareos, estreñimiento, latidos fuertes del corazón y reacciones alérgicas en la piel. Se debe prestar atención ante la posible aparición de hematomas, pérdida de sangre y disminución en la capacidad de coagulación sanguínea.

En la disfunción eréctil se ha observado una mejora en la función sexual en pacientes geriátricos en tratamiento con ginkgo biloba, así como un efecto positivo en el deseo sexual, fantasías sexuales, facilidad para alcanzar el orgasmo e intensidad del orgasmo en mujeres con disfunción sexual por tratamiento con ISRS⁶⁶.

La dosis diaria recomendada es de 120 mg a 140 mg al día en dos o tres dosis.

Dispositivos de vacío

El dispositivo de vacío logra una erección al aplicar una presión negativa en el pene flácido, lo que hace que la sangre llene el mismo y sea retenida gracias a la aplicación de una banda elástica en la base del pene.

Sus principales efectos adversos son el dolor del pene, dificultades para la eyaculación y alteraciones en la sensibilidad del pene.

El paciente los puede adquirir sin prescripción médica y su empleo junto a terapia sexual resulta útil en el 84% de los casos.

El aparato no debe ser mantenido actuando durante más de treinta minutos.

7.3.2 De segunda línea

- Fármacos intracavernosos

La papaverina, prostaglandina E1, fentolamina y linsidomina producen, por distintos mecanismos, relajación del músculo liso cavernoso y, por tanto, la erección.

Se usan también como medio diagnóstico y pueden estar indicados en la DE de cualquier causa que responda a estos fármacos.

Se han utilizado solos o asociados (por ejemplo papaverina más fentolamina o papaverina junto a PGE1) para minimizar sus efectos secundarios.

El fármaco más utilizado es la PGE1 (alprostadil), la cual se la autoadministra el paciente unos minutos antes de la relación sexual por inyección en la cara lateral de los cuerpos cavernosos.

Los principales efectos secundarios son el dolor local, el priapismo (erección dolorosa de más de cuatro horas de duración), la fibrosis de los cuerpos cavernosos y la hipotensión (para disminuir su incidencia se comprime con una banda elástica la raíz del pene durante unos dos minutos⁶⁷). La aparición de los IPDE5 ha disminuido bastante su uso, aunque cuentan con la ventaja de estar financiados por el Sistema Nacional de Salud.

7.3.3 De tercera línea

- Cirugía revascularizadora

La revascularización peneana sólo está indicada en pacientes jóvenes, con lesiones arteriales localizadas (corroboradas por arteriografía) que son habitualmente postraumáticas, al igual que la cirugía venosa que está indicada en los casos de fuga venosa de causa congénita, pero también a menudo debida a traumatismos.

- Prótesis de pene

Actualmente el empleo de la prótesis de pene debe considerarse, al ser un método irreversible, como la última opción terapéutica. Estarían indicadas en los pacientes con DE de causa orgánica, no candidatos a la revascularización ni a la cirugía de fuga venosa, que no responden o tienen contraindicado el empleo de los fármacos orales.

Las hay de diversos tipos: semirrígidas, maleables, articuladas e hidráulicas. Estas últimas, en su versión integrada de tres componentes, parecen ser las mejor aceptadas, pero también las más caras. Los efectos secundarios más frecuentes de la cirugía de implantación de prótesis de pene son la infección, la erosión del glande por decúbito, el fallo mecánico y el dolor, aunque han disminuido mucho con las últimas generaciones de prótesis y actualmente son inferiores al 5%.

7.4 Consejo sexual

La disfunción eréctil es un proceso multifactorial con importantes variaciones tanto en su grado como en la forma en que la vive cada paciente o pareja en función de sus expectativas sobre el rendimiento final del contacto sexual.

Es importante un abordaje integral tanto de los aspectos psicosexuales como de los puramente orgánicos. Cualquier médico de cualquier especialidad que trate a un paciente con disfunción eréctil debe tener en cuenta esta perspectiva y el farmacéutico por su cercanía con el paciente debe estar preparado para informar y aconsejar a sus pacientes.

Objetivos del consejo sexual en la farmacia comunitaria

El consejo sexual es una forma de intervención sexológica puntual, generalmente centrada en un problema y encaminada a informar sobre el mismo y favorecer en los pacientes un estilo actitudinal que contribuya a su resolución.

Si el consejo sexual forma parte de un proceso de terapia sexual, lo llamaremos entonces asesoramiento.

Para la OMS el consejo sexual es un proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo.

Sin duda tiene además un notable efecto terapéutico, ya que permite al paciente cuestionar su vivencia sexual, conceptualizar adecuadamente sus problemas sexuales y verbalizar los mismos.

El consejo sexual plantea al farmacéutico la oportunidad de ofrecer al paciente una orientación básica sobre las repercusiones que supone el estrés o los estilos de vida (por ejemplo el abuso del alcohol y tabaco), problemas de pareja, efectos de la medicación y otras posibles causas de disfunciones sexuales.

En el consejo sexológico que el farmacéutico puede dar a sus pacientes se deben pues incluir los siguientes aspectos:

- Favorecer que el paciente conozca bien su enfermedad y plantee las dudas que tenga sobre las causas y los posibles tratamientos.
- Animar al paciente a que consulte a su médico, si acude inicialmente a la farmacia comunitaria.
- Fomentar que la información pueda ser recibida por ambos miembros de la pareja para que evite interpretaciones distorsionadas.
- Contribuir al abandono de los hábitos tóxicos y mejorar el estilo de vida con el objetivo de que la modificación de esos aspectos contribuya a mejorar la erección.
- Fomentar una relación sexual como fuente de salud. Una sexualidad no finalista, entendida como fuente de salud y de satisfacción para la relación de pareja, nos hace darnos cuenta de la importancia de darle tiempo y de intentar modificar incluso hábitos de nuestra rutina (exceso de trabajo, estrés, planificación de ocio...) con el objetivo de propiciar un estado de ánimo sosegado que la favorezca. También es inteligente fomentar en la pareja la tolerancia a la frustración, pues no siempre todo tiene que salir como se planifica, desdramatizando y, si es posible, con cierto sentido del humor. En este contexto, la relación sexual puede convertirse incluso en un instrumento de ayuda en la rehabilitación de patologías crónicas.

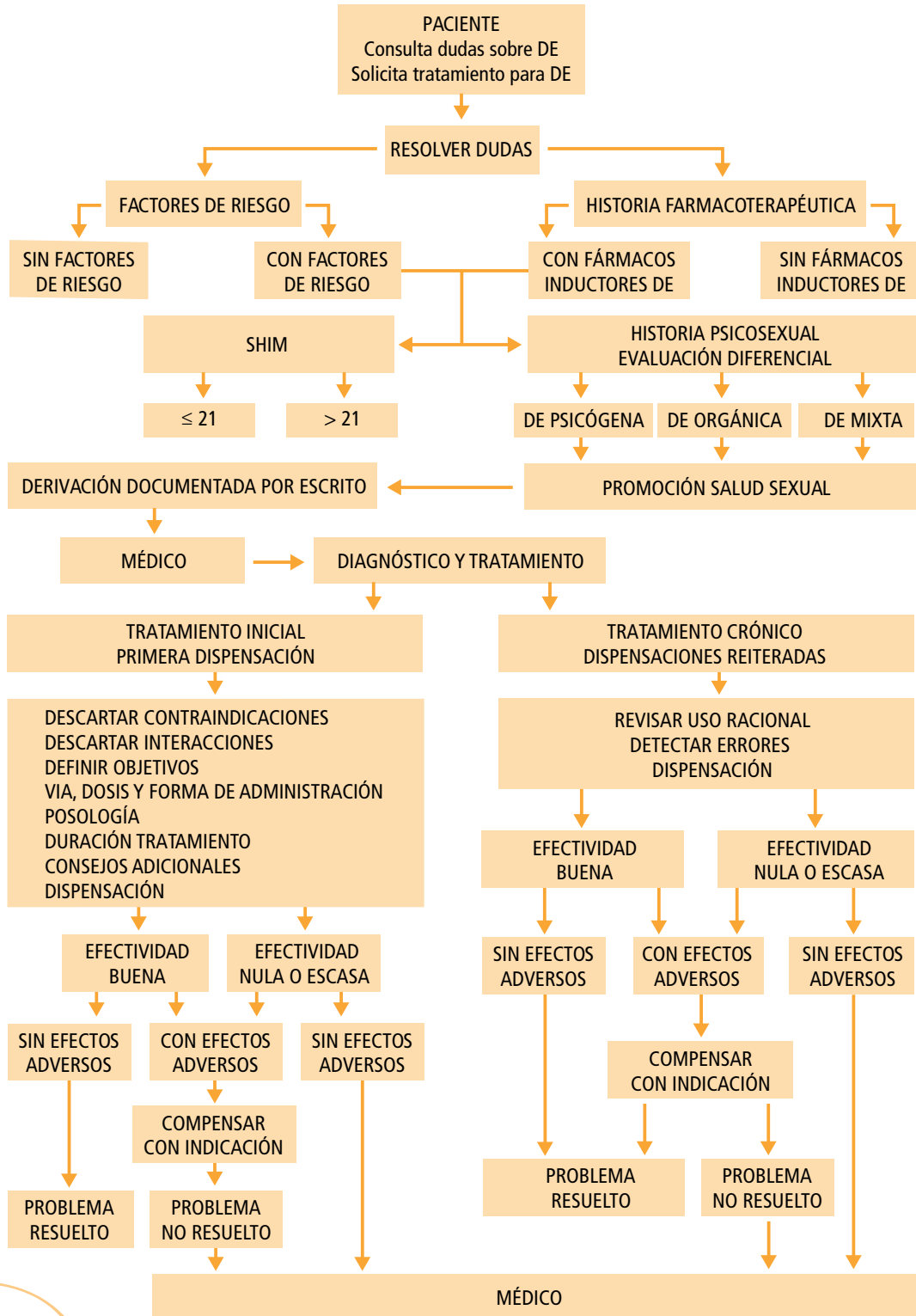
7.5 Pautas para una intervención coordinada entre médico y farmacéutico

La interacción y comunicación fluida entre el médico y el farmacéutico resulta aún escasa en términos generales, pero a medida que el rol de ambos se va modificando y el farmacéutico va desarrollando cada vez un papel más determinante en la promoción de la salud, se hace necesario protocolizar la intervención en diferentes ámbitos como puede ser la salud sexual.

Para que esta interacción revierta en beneficio del paciente con disfunción eréctil hemos de tener en cuenta:

- Cuando un paciente refiera en la farmacia comunitaria un problema de DE, debe ser informado inicialmente por el farmacéutico y animado a buscar la ayuda inicial de su médico de Atención Primaria.
- Cuando un paciente acude a la farmacia comunitaria con una prescripción farmacológica para tratar su DE, el farmacéutico debe asegurarse de que ha entendido la información ofrecida por el médico en cuanto a su problema y su tratamiento. Es muy común que no se haya atrevido a preguntar a su médico y, si el farmacéutico se muestra disponible a informarle, aproveche esa oportunidad.
- Cuando la demanda de información se recibe inicialmente en la farmacia comunitaria y se considera al paciente candidato a recibir valoración médica, esta derivación puede hacerse a través del documento incluido en este material.
- Es esencial que el farmacéutico anime al paciente a compartir la información con su pareja y a acompañarle a las visitas, insistiendo en que la DE es un problema que afecta a la pareja en su conjunto.

7.6. Algoritmo



ATENCIÓN FARMACÉUTICA: INDICACIÓN, DISPENSACIÓN, SEGUIMIENTO

Atención farmacéutica en disfunción eréctil

Los pacientes con disfunción eréctil que acuden a una farmacia comunitaria pueden recibir del farmacéutico tres servicios diferentes, dispensación, indicación y seguimiento farmacoterapéutico.

La **dispensación** es el servicio más frecuentemente prestado en una farmacia. Se presta cuando el paciente acude con una receta en espera de que se le entregue el medicamento prescrito, pero paralelamente por parte del farmacéutico existe una evaluación de control de la farmacoterapia y un diálogo estructurado en el que el farmacéutico ayuda al paciente en las dudas que puedan surgir sobre su tratamiento.

Si el paciente acude a la farmacia sin receta, pero demanda un medicamento para mejorar su problema de salud, la disfunción eréctil se tratará de **indicación farmacéutica**. Como es preceptivo el farmacéutico sólo le recomendará medicamentos que no requieran receta.

Por último, puede darse otra situación en la que el paciente esté siendo atendido por el farmacéutico mediante un compromiso continuado en el tiempo en el que se trata de que todos los medicamentos que toma el paciente alcancen los resultados en salud por los que fueron prescritos y, por tanto, se pueda garantizar que son lo suficientemente efectivos y seguros. En este caso se trata de **seguimiento farmacoterapéutico**.

Los tres servicios están interrelacionados, pudiéndose realizar paralelamente a un mismo paciente y la información de la que se disponga en la farmacia en la ficha farmacoterapéutica será alimentada por las aportaciones que se realicen mediante los tres servicios.

La metodología de trabajo en los tres servicios es diferente por lo que el farmacéutico en un primer paso, tras oír al paciente, debe decidir qué servicio profesional se le deberá prestar y, a continuación, aplicar de la manera más adecuada el servicio que sea conveniente realizar.

1. Servicio de indicación

La automedicación responsable es una práctica en la que el paciente se compromete con el autocuidado de su salud mediante hábitos de vida saludables y con medicamentos que no requieran prescripción médica para patologías que no precisan un diagnóstico preciso. Ha sido recomendada por la Organización Mundial de la Salud en 1998 y por el Consejo de Europa en 2001.

Los farmacéuticos están obligados profesionalmente a proporcionar asesoría objetiva sobre la automedicación y los medicamentos disponibles para ello. El farmacéutico derivará al médico si la automedicación no es adecuada o si detecta signos o síntomas de que existe alguna otra patología no tratada.

Medicamentos que no requieren receta médica que pudieran utilizarse en este servicio son aquellos que incorporan como principio activo el *Panax ginseng*, la maca andina y últimamente se dispone también del pycnogenol. Todos ellos disponen de baja evidencia en su uso.

El farmacéutico indicará estos medicamentos que no requieren receta para problemas de erección recientes, aparecidos de forma brusca. Y para que, cuando llegue al médico, pueda informar del resultado de los mismos, lo cual puede proporcionar importante información para el prescriptor.

Derivación al médico

El papel del farmacéutico en la indicación es importante por constituir el primer profesional sanitario al que habitualmente acude el paciente. Los pacientes tardan una media de dos años en manifestar el problema, por lo que el farmacéutico debe tener muy claro como debería ayudar al paciente.

La DE es un síntoma de una patología que requiere un abordaje médico y los medicamentos más efectivos para el tratamiento de la DE, los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5), requieren receta médica. Lo que implica que el papel más importante que puede realizar un farmacéutico en el abordaje de este problema de salud implica la derivación al médico de Familia especialmente para el control de las otras comorbilidades.

Relevante es el caso en el que el paciente no tiene un control de sus factores de riesgo cardiovascular, tensión arterial, peso, glucosa en sangre, colesterol y tabaquismo.

Otra situación de derivación médica se daría cuando el farmacéutico, tras examinar la medicación que toma el paciente, concluye que es probable que el problema sea consecuencia de un efecto adverso de la medicación que toma el paciente.

La actuación más adecuada del farmacéutico en este servicio en la gran mayoría de los casos sería la derivación al médico, por existir medicamentos mucho más eficaces que requieren receta médica y porque mayoritariamente la disfunción eréctil es un síntoma no autolimitado, sino consecuencia de la existencia de una grave patología de causa orgánica y que podría no haber sido diagnosticada.

El papel del técnico en la indicación ante la consulta de un usuario sobre este tema será derivar al farmacéutico, debido al carácter asistencial de la consulta.

2. Servicio de dispensación

En este servicio el farmacéutico, tras una evaluación individual, garantizará que los pacientes reciban y utilizan los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas, a las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado, con la información para su correcto uso y de acuerdo a la normativa vigente.

En el caso de tratarse de la primera vez que se utiliza, será conveniente que el farmacéutico, junto al paciente, dedique unos minutos a revisar que éste conoce el proceso de uso de dicho medicamento y lo va a asumir, el farmacéutico protege al paciente frente a problemas relacionados con medicamentos (PRM) y resultados negativos de la medicación (RNM). Todo esto implica, y muy especialmente en lo referente a la disfunción eréctil, que esta breve entrevista se realice en el marco de confidencialidad adecuado, por lo que preferiblemente se realizará en una zona semiprivada.

El farmacéutico deberá garantizar que el paciente conoce cómo se utilizan los medicamentos adecuados para la disfunción eréctil, en concreto en el caso de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 que la dosis inicial es la máxima dosis 100 mg para sildenafil y 20 mg para tadalafilo y vardenafilo. También repasará junto al paciente cuando se espera que comience el efecto y la influencia de los alimentos y cuando se espera que pueda perderlo.

El farmacéutico evaluará toda la medicación del paciente para protegerlo de RNM y PRM. En caso de identificar RNM, tratará de solucionarlos.

Se considera que no se pueden dispensar los IPDE5 si el paciente está utilizando nitritos en parches o formas orales, o en el caso de que el paciente indique que ha tenido un infarto de miocardio y tenga contraindicado el mantener relaciones sexuales durante un tiempo.

El farmacéutico deberá informar al paciente acerca de los efectos adversos más frecuentes y especialmente aquellos comunes que van a ir desapareciendo con el uso, como podría ser el dolor de cabeza, congestión nasal o enrojecimiento facial en el caso de los IPDE5.

Si el paciente ya ha utilizado previamente el medicamento el farmacéutico deberá obtener información que le permita valorar la percepción del paciente sobre la efectividad y seguridad del mismo, planteando las siguientes preguntas sobre si ha habido cambios en la dosis y sobre cómo le va el tratamiento en lo referente a seguridad o efectividad.

El papel del técnico en la dispensación será derivar al farmacéutico en el caso de una primera dispensación o en dispensaciones posteriores si hay cambios de dosis o problemas de efectividad o seguridad manifestados por el paciente. Es importante que el farmacéutico explique al paciente que se necesita estímulo sexual para que haya erección, así se considerará que no es efectivo el tratamiento después de haber probado cuatro veces (en ocasiones las primeras veces no es efectivo), y también se tendrá en cuenta ayudar a la pareja con asesoramiento o derivando a otros profesionales sanitarios.

3. Servicio de seguimiento farmacoterapéutico

Los objetivos del seguimiento en el paciente con DE son:

- Detectar pacientes con DE, mediante la entrevista de seguimiento entre los pacientes que presenten comorbilidades de la DE, hipertensión, diabetes, pacientes con hiperplasia benigna de próstata, depresión...
- Vigilar cuidadosamente la adherencia terapéutica.
- Maximizar la efectividad de los tratamientos, vigilando las interacciones con alimentos, la dosis idónea y ayudando al paciente a establecer las adecuadas expectativas frente al tratamiento.
- Respecto a la seguridad es conveniente realizar un repaso de los posibles efectos adversos que pudieran aparecer para afrontarlos de la manera correcta.

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

9.1 Introducción

La disfunción eréctil en el ámbito de la farmacia comunitaria requiere asumir que su abordaje puede resultar especialmente difícil para el paciente e, incluso, para el propio farmacéutico, por lo que el poder poner en marcha todos los recursos comunicativos del profesional resulta esencial.

Muchos pacientes tendrán dificultades para consultarnos, por lo que, si se siente especialmente cómodo y percibe disponible al profesional, superará la incomodidad o vergüenza y nos planteará abiertamente sus dudas.

Sin embargo, es aún escaso el porcentaje de profesionales de la farmacia que abordan los problemas sexuales de sus pacientes, y es que son varias las dificultades tradicionalmente existentes para ello como la escasa formación recibida sobre problemas sexuales o la disfunción eréctil.

Además, también influyen las propias actitudes personales del profesional ante su sexualidad y la de sus pacientes, lo que puede provocar sentimientos de vergüenza o incomodidad ante este tipo de consulta, o bien favorecer la transmisión de sus propios mitos.

Sin embargo, estos condicionantes se van resolviendo gracias a un mayor interés en los farmacéuticos por la salud integral de sus pacientes y de cómo abordarla para promover estilos de vida saludable que incluyen su vida sexual.

Por todo ello, plantearnos el abordaje de las disfunciones sexuales desde la farmacia comunitaria requiere ser conscientes de los factores que condicionan la asistencia, tanto en el profesional como en el paciente y su pareja.

9.2 Tipos de pacientes

Realmente es muy difícil poder representar todas las clases de pacientes que nos podemos encontrar abordando la disfunción eréctil y no debemos, además, caer en el error de “etiquetar” a ninguno de ellos.

El denominador común que podemos establecer es el “impacto emocional” que su problema le origina:

- Por un lado por las repercusiones directas del mismo
- Por otro, por la dificultad para compartir sus sentimientos al respecto, incluso con su propia pareja
- Y por sus dudas para plantearlo a su médico y cómo éste recibirá su demanda de ayuda.

La actitud con la que los pacientes nos plantean sus problemas de erección o que adoptan cuando salen éstos a la luz, es otro aspecto a tener en cuenta.

Entre las actitudes más comunes nos encontramos⁶⁸:

La **negación del problema** o la minimización de las repercusiones del mismo a nivel personal o relacional. Resulta ser un mecanismo defensivo útil para muchos pacientes. “A mi pareja no le importa”, “a mí no me pasa nada; el problema es de él/ella”.

El **conformismo** ante una situación que el paciente percibe o “prefiere percibir” como normal dadas sus características personales (edad, situación clínica, etc.). “Es normal a mi edad”, “el sexo ya no es para mí”, “con todos los problemas de salud que tengo, de eso ya me he olvidado”.

La **autodesvalorización** que se acompaña de un deterioro de su autoestima sexual y general. Es frecuente que se acompañe de una actitud de victimismo y de un temor al abandono. “Me acabará dejando por otro/a”, “Se acabará cansando de mí”, “yo ya no valgo nada”, “no soy suficiente para él/ella”.

La **culpabilización a su pareja**, responsabilizando a ésta de sus problemas sexuales. “La culpa es de él/ella porque nunca quiere”, “no sabe lo que me gusta”, “es que no me excita lo suficiente”, “es poco delicado/a conmigo”, “como tarda tanto en acabar...”.

La **frialidad afectiva**, con la que el paciente coge distancia emocional de su problema y que con frecuencia se acompaña de una actitud **exigente** con el médico o el farmacéutico, demandándole soluciones rápidas sin desear profundizar en sus dificultades. Suele ser un paciente varón que sólo demanda medicación “quiero que me recete...”, “yo sólo quiero algo para solucionar mi problema”.

La **hostilidad** que nos podemos encontrar en algunos pacientes “resistentes” cuando realizamos alguna pregunta inesperada sobre su sexualidad.

“De eso no tengo porqué hablar con usted”, “¿es que ahora también los farmacéuticos se meten en nuestra vida privada?” o “lo que me faltaba es hablar de eso con una mujer” son algunas de las frases que nos han relatado algunos colegas.

A todo ello debemos unir las peculiaridades de cada paciente y el nivel de confianza que pueda tener en nosotros en función de la relación profesional que se haya desarrollado hasta ese momento⁶⁹.

Además de las actitudes con las que nos plantean o afrontan sus problemas sexuales, tenemos que estar preparados para una situación favorecedora de una **descarga emocional** que produce en muchos pacientes el mero hecho de “atreverse” a preguntar o relatarnos lo que les ocurre.

El que se produzca esa descarga es un buen indicativo de que el paciente se ha sentido acogido y comprendido en su relato y de que se ha creado el clima necesario para informarle y orientarle ante su problema.

Son frecuentes respuestas de ansiedad, angustia, retraimiento o bloqueo emocional, entre otras.

9.3 Habilidades de comunicación

La creación de un clima agradable y fiable para el paciente es un elemento muchas veces determinante para que pida ayuda o aclare sus dudas.

Debemos ser conscientes del impacto emocional que el problema está provocando tanto en el paciente como en su pareja y de que podemos estar ante una oportunidad “única” para que nos consulte sus dudas o preocupaciones al respecto de su problema, por lo que resulta fundamental tener en cuenta los siguientes elementos en la comunicación:

- **Naturalidad y objetividad:** el paciente debe percibir que no nos está planteando algo desconocido o extraño, sino que lo que le ocurre es algo conocido por nosotros, frecuente y con solución en muchos casos. Es importante no transmitirle nuestras propias opiniones al respecto, sino mantener la imparcialidad.

- **Empatía:** nuestra capacidad para ponernos en el lugar del paciente y que éste se sienta comprendido refuerzan la relación asistencial y tiene incluso un primer efecto terapéutico.
- **Lenguaje adecuado:** debemos emplear un lenguaje sencillo y comprensible, sin utilizar términos demasiado técnicos, pero tampoco vulgarismos que pueden molestarle y afectar la relación.

Es esencial confirmar que nos comprende con el tipo de lenguaje que utilizamos y no es extraño que con cada paciente tengamos que modificar nuestro lenguaje ante sus diferentes niveles de información sexual.

- **Escucha activa:** el que el paciente se sienta acogido depende además de que nos perciba interesados por su relato sin desentendernos, moralizar o interrumpirlo.
- **Saber informar:** la forma de transmitir la información al paciente con DE es fundamental para su abordaje y para la adherencia posterior al tratamiento.

Debemos ofrecer una información ordenada y comprensible, favoreciendo que nos plantee sus dudas y cuidando especialmente el lenguaje verbal y no verbal (tono y volumen de voz adecuados, contacto ocular, gestos...).

9.4 Implicación de la pareja

Uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta en el abordaje de la disfunción eréctil es la relación de pareja, ya que el objetivo del tratamiento debe ir más allá de la recuperación de la erección, consiguiendo una normalización y mejoría en la calidad general de la relación sexual.

Además, la actitud de la pareja va a ser determinante como factor facilitador del éxito terapéutico o, por el contrario, va a actuar como factor desfavorecedor, mantenedor o agravante de la disfunción eréctil.

Conseguir que la pareja del varón con DE se convierta en un/a aliada/o en la intervención exige darle la oportunidad desde el primer día de participar en el abordaje del problema como lo que es: un problema de pareja.

De no hacerlo así, la pareja puede tomar una activa actitud de sabotaje del tratamiento, al ver la recuperación de la disfunción como un problema en sí mismo y no como una solución⁷⁰.

La experiencia clínica nos dice que, cuando la pareja no colabora o no se siente integrada en el proceso terapéutico, la adherencia al tratamiento farmacológico decrece y es más fácil el abandono de la medicación⁷¹.

Por lo tanto, la intervención conjunta mediante fármacos IPDE5 y terapia o consejo sexual, que implica la colaboración de la pareja, facilitará que el paciente cumpla mejor el tratamiento farmacológico prescrito⁷².

Debemos dar la información y el consejo a ambos siempre que sea posible para evitar una interpretación distorsionada o que caigan en falsas ideas sobre el problema.

Conviene facilitar que no incurra en autoculpabilización para explicar la disfunción, alentar y promover la comunicación en la pareja sobre el problema, así como proponer un estilo relacional placentero para ambos y exento de metas generadoras de ansiedad de desempeño⁷³.

Si el farmacéutico percibe que puede haber un conflicto de pareja, lo más recomendable es remitir a ambos a su médico e incluso a un terapeuta sexual, con formación y experiencia en terapia de pareja, ya que es una situación muy difícil de manejar sin ayuda especializada.

9.5 Preguntas más habituales del paciente

Las inquietudes que más comúnmente nos trasladan los pacientes con disfunción eréctil y sus parejas suelen ir relacionadas con los siguientes aspectos:

- **Las causas de la disfunción eréctil**

Si tiene que ver con la edad y deben conformarse

Si influye la medicación que están tomando para diferentes patologías concomitantes o algunos hábitos tóxicos

Si tiene que ver con el deseo o interés hacia su pareja

- **El posible Tratamiento de la DE**

Solicitan información sobre los tratamientos disponibles y cómo funcionan

Si son seguros los tratamientos y cómo los tiene que tomar

Si los tiene que tomar toda su vida

Cuál es exactamente el efecto que producen sobre la erección

9.6 El problema de los medicamentos falsos

La falsificación de medicamentos es un problema creciente tanto en cifras como en la extensión y el alcance geográfico. Ya no es un problema circunscrito a los países pobres o en vías de desarrollo, sino que también se ha extendido a la Unión Europea y otros países desarrollados.

En el año 2006, alrededor de 2,7 millones de medicamentos falsificados fueron detectados en las fronteras de la Unión Europea, lo que supone un incremento del 380% comparado con el año anterior y esa tendencia creciente se ha mantenido en años posteriores.

El comercio de los medicamentos falsificados es un gran negocio: alcanzó los 75 mil millones de dólares americanos en el año 2010, lo que supone un incremento del 92% sobre las cifras de 2005. La Organización Mundial de la Salud estima que más del 1% de los medicamentos disponibles en los países desarrollados son probablemente falsos y esa cifra aumenta al 10% globalmente, aunque en algunos países en vías de desarrollo se estima que un tercio de los medicamentos son falsos.

El riesgo que supone para la salud de los pacientes el consumo de medicamentos falsificados hace necesario abordar este problema de una manera integral que incluya modificaciones de la legislación existente, medidas técnicas que dificulten la falsificación y que fomenten la educación de los pacientes con la implicación activa de los profesionales sanitarios.

¿Qué es un medicamento falsificado?

Un medicamento falsificado es fundamentalmente un medicamento que “miente”:

- sobre su identidad, incluyendo su empaquetado y etiquetado, nombre, composición, no solo sobre su principio activo y dosificación

- sobre su origen, incluyendo el fabricante, país de fabricación o autorización sanitaria
- sobre su historia, incluyendo los registros y documentos relativos a los canales de distribución.

Esta definición tan completa está incluida en el texto de la propuesta de directiva que sobre medicamentos falsificados ha elaborado la Unión Europea y en ella se pueden observar lo amplias que son las posibilidades de falsificar un medicamento.

En los análisis efectuados a medicamentos falsificados que han sido confiscados se han objetado situaciones muy diversas, como la ausencia total de principio activo o una concentración menor de la señalada. También se han detectado productos como polvo de ladrillo, disolventes industriales, anticongelante de coches y otros productos potencialmente peligrosos. Destaca, por ejemplo, que en medicamentos contra la diabetes confiscados se haya detectado raticida o en un antialérgico, principios activos de antihipertensivos.

La ruta de la falsificación

La mayoría de los medicamentos falsificados proceden de la India, China y otros países asiáticos. Allí se fabrican en condiciones que nada tienen que ver con los controles a los que estamos acostumbrados cuando se trata de medicamentos que cuentan con las autorizaciones sanitarias pertinentes.

Desde su punto de fabricación, estos medicamentos se distribuyen por todo el mundo (la globalización es un gran aliado de los falsificadores) pudiendo introducirse en los canales legales de venta de medicamentos, como ya ha pasado en algunos países de Europa como Francia, Inglaterra, Holanda o Reino Unido. En estos casos, los falsos medicamentos han sido adquiridos por farmacias comunitarias y vendidos a los pacientes.

Tabla 12. Relación de medicamentos falsificados incautados

Medicamentos Falsificados incautados	País/Año	Informe
Antidiabéticos	China, 2009	Contenía seis veces más principio activo del normal, y como consecuencia fallecieron dos personas y otras 9 fueron hospitalizadas
Antimalárico	Tanzania, 2009	Se hallaron en 40 farmacias: carecían del principio activo necesario
Medicamentos para la disfunción eréctil	Tailandia, 2008	Introducido en Tailandia de contrabando por un canal desconocido y de origen desconocido.
Xenical® (para la obesidad)	Estados Unidos, 2007	No contenía ningún tipo de principio activo y se distribuía a través de páginas web que operaban fuera de EE.UU.
Zyprexa® (antipsicótico)	Reino Unido, 2007	Detectado en el canal legal de la distribución y oficinas de farmacia: carecía de suficiente ingrediente activo
Lipitor® (para disminuir el colesterol)	Reino Unido, 2006	Detectado en el canal legal de la distribución: carecía de suficiente ingrediente activo

Globalización y venta on-line

En este complejo entorno, otro elemento ha venido a complicar aún más la batalla contra los medicamentos falsos: **Internet**.

Se cree que alrededor de 15.000 millones de mensajes al día, lo que supone la cuarta parte del tráfico mundial de e-mails, son mensajes promocionando medicamentos falsos. Eso da idea de la magnitud del negocio y por qué Internet se ha convertido en la herramienta favorita de los falsificadores.

Las páginas web que ofrecen la posibilidad de comprar medicamentos favorecen el anonimato tanto de los compradores, como de los delincuentes que los comercializan. Además, estas páginas son difíciles de rastrear porque pueden ser activadas y desactivadas con sólo darle a un botón y, cuando, al fin, se localizan, se encuentran situadas en países en los que también es complicado poder aplicar la legislación contra falsificaciones. Hasta hace no mucho tiempo, la presencia de medicamentos falsificados en los países desarrollados se circunscribía a los llamados medicamentos de "calidad de vida", como podían ser medicamentos para la disfunción eréctil u otros trastornos de la vida sexual, hormonas que pretendidamente incrementaban la masa y fortaleza muscular o prolongaban la juventud (entre 4.500 y 15.000 web ofrecen inhibidores de DPP5 con descuento). Pero, de un tiempo a esta parte, las falsificaciones se han extendido a todo tipo de medicamentos: antipsicóticos, medicamentos para la diabetes, patologías oncológicas, así como para el tratamiento del SIDA, con el riesgo que comporta para los pacientes.

Especialmente grave es el caso de falsificaciones de medicamentos como vacunas o antipalúdicos que han originado miles de muertes en países en vías de desarrollo.

ANEXOS Y MATERIALES



ÍNDICE INTERNACIONAL DE FUNCIÓN ERÉCTIL – IIEF –

Iniciales del Paciente _____ N° Identificación _____ Fecha _____

¿Es usted sexualmente activo (definido como actividad sexual con pareja o estimulación manual)?

SÍ NO

En caso afirmativo, por favor cumplimente el cuestionario relativo a su actividad sexual. En cada pregunta marque solo una casilla.

	Sin actividad sexual	Casi nunca o nunca	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre o siempre
1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia logró una erección durante la actividad sexual ^B ?	0	1	2	3	4	5
2. Durante las últimas 4 semanas, cuando tuvo erecciones en la estimulación sexual ^D , ¿con qué frecuencia fue suficiente la rigidez para la penetración?	0	1	2	3	4	5
3. Durante las últimas 4 semanas, al intentar una relación sexual ^A , ¿con qué frecuencia logró penetrar a su pareja?	0	1	2	3	4	5
4. Durante las últimas 4 semanas, durante la relación sexual ^A , ¿con qué frecuencia logró mantener la erección después de la penetración?	0	1	2	3	4	5

	Sin actividad sexual	Extremadamente difícil	Muy difícil	Difícil	Algo difícil	Sin dificultad
5. Durante las últimas 4 semanas, durante la relación sexual ^A , ¿cuál fue el grado de dificultad para mantener la erección hasta completar la relación sexual?	0	1	2	3	4	5

	Ninguna	1-2 veces	3-4 veces	5-6 veces	7-10 veces	11 o más
6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces intentó una relación sexual ^A .	0	1	2	3	4	5

	Sin actividad sexual	Casi nunca o nunca	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre o siempre
7. Durante las últimas 4 semanas, cuando intentó una relación sexual ^A , ¿con qué frecuencia resultó satisfactoria para usted?	0	1	2	3	4	5

A = Acto Sexual

Se define como la penetración de la pareja del pene (o la sensación de hacerlo)

C = Eyacular

Se define como la expulsión de semen

B = Actividad Sexual

Incluye el acto sexual, caricias, juegos anteriores al acto y la masturbación

D = Estimulación Sexual

Incluye situaciones como juegos amorosos con pareja, mirar fotos eróticas, etc.

	No realicé el acto	No disfruté nada	No disfruté mucho	Disfruté algo	Disfruté bastante	Disfruté mucho
8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha disfrutado de la relación sexual ^A ?	0	1	2	3	4	5

	Sin actividad sexual	Casi nunca o nunca	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre o siempre
9. Durante las últimas 4 semanas, durante la estimulación o la relación sexual ^A , ¿con qué frecuencia eyaculó?	0	1	2	3	4	5
10. Durante las últimas 4 semanas, durante la estimulación ^D o la relación sexual ^A , ¿con qué frecuencia tuvo una sensación de orgasmo ^C (con o sin eyaculación)?	0	1	2	3	4	5

Las siguientes dos preguntas se refieren al deseo sexual, definido como una sensación que puede ser un deseo de tener una experiencia sexual (por ejemplo, masturbación o relación sexual), un pensamiento sobre una relación sexual o un sentimiento de frustración por no tener una relación sexual.

	Casi nunca o nunca	En algunos momentos	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo	Casi siempre o siempre
11. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido un deseo sexual?	1	2	3	4	5

	Muy bajo o nulo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto
12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel de deseo sexual?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Bastante insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
13. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuál ha sido el grado de satisfacción con su vida sexual en general?	1	2	3	4	5
14. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuál ha sido el grado de satisfacción con la relación sexual con su pareja?	1	2	3	4	5

	Muy bajo o nulo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto
15. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría la confianza que tiene en poder lograr y mantener una erección?	1	2	3	4	5

PUNTUACIÓN TOTAL

Puntuación función erétil	Grado disfunción erétil
6-10	Severa
11-16	Moderada
17-25	Leve

CUESTIONARIO DE SALUD SEXUAL PARA VARONES - SHIM -

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE EVALUACIÓN _____

Instrucciones para el paciente

La salud sexual es una parte importante del bienestar emocional y físico de un individuo. La disfunción eréctil es una condición médica muy común que afecta a la salud sexual. Afortunadamente, existen varias opciones terapéuticas para esta patología.

Este cuestionario se confeccionó para ayudarle a usted y a su médico a identificar la disfunción eréctil, si éste fuera su caso. Si así fuese, su médico podrá aconsejarle el tratamiento más adecuado.

Cada pregunta tiene varias respuestas posibles. Marque con un círculo aquella que mejor describa su situación. Por favor, asegúrese que escoge una única respuesta para cada pregunta.

En los últimos 6 meses:

1. ¿Cómo clasificaría su confianza en poder conseguir y mantener una erección?		Muy baja 1	Baja 2	Moderada 3	Alta 4	Muy alta 5
2. Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron suficientemente rígidas para la penetración?	Sin actividad sexual 0	Casi nunca/ nunca 1	Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2	A veces (aproximadamente la mitad de las veces) 3	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces) 4	Casi siempre/ siempre 5
3. Durante el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?	No intentó el acto sexual 0	Casi nunca/ nunca 1	Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2	A veces (aproximadamente la mitad de las veces) 3	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces) 4	Casi siempre/ siempre 5
4. Durante el acto sexual, ¿qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto sexual?	No intentó el acto sexual 0	Extremadamente difícil 1	Muy difícil 2	Difícil 3	Ligeramente difícil 4	No difícil 5
5. Cuando intentó el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?	No intentó el acto sexual 0	Casi nunca/ nunca 1	Pocas veces (menos de la mitad de las veces) 2	A veces (aproximadamente la mitad de las veces) 3	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces) 4	Casi siempre/ siempre 5

PUNTUACIÓN

Si la puntuación es menor o igual de 21, usted está mostrando signos de disfunción eréctil. Su médico puede mostrarle varias alternativas de tratamiento que pueden mejorar su situación.

DOCUMENTO DE DERIVACIÓN**DATOS PERSONALES DEL FARMACÉUTICO**

Farmacia _____ Dirección _____

Tlf _____ Ldo _____ N° de colegiado _____

Motivo de consulta del paciente _____

Motivo de derivación del paciente _____

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Fecha _____ Paciente N° _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Apellidos _____

HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA

Motivo de consulta _____

Enfermedades _____ Alergias _____

Edad _____ Talla _____ Peso _____ IMC _____

Fumador sí no n° cigarrillos/día _____ noConsumo de alcohol sí no (g/día) _____ no**Medicación**Diabetes sí tipo I tipo II noTratamiento dieta insulina hipoglucemiantes orales cuál _____

Tiempo de evolución de la diabetes (años) _____

Hipertensión sí no Presión Arterial _____ noTratamiento IECA Calcioantagonista Diurético Alfabloqueante Betabloqueante otro

Tiempo de evolución HTA _____

Depresión sí no

Tratamiento:

 Tricíclicos Tetracíclicos IMAO ISRS Otros

Tiempo de evolución (meses) _____

Otros fármacos _____

EVALUACIÓNTiempo de evolución DE: 0-3 meses 3-6 meses > 6 meses

OBSERVACIONES _____

Puntuación SHIM _____ Puntuación IIEF _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ NIH Consensus Development Panel of Impotence. NIH. Consensus Conference: impotence. JAMA 1993;270:83-90.
- ² DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002.
- ³ Feldman HA, Goldestein I, Hatzichristou, DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994;151(1):54-61.
- ⁴ Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. J Urol 1997;49(6):822-830.
- ⁵ Martin-Morales A, Sanchez-Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodriguez-Vela L, Jimenez-Cruz JF, Burgos-Rodriguez R. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiologia de la Disfuncion Erectil Masculina Study. J Urol 2001;166(2):569-74.
- ⁶ Blanker MH, Bosch JL, Groeneveld FP, Bohnen AM, Prins A, Thomas S. Erectile and ejaculatory dysfunction in a community-based sample of men 50 to 78 years old: prevalence, concern, and relation to sexual activity. J Urol 2001;57,763-768.
- ⁷ Giuliano F, Chevret-Measson M, Tsatsaris A, Reitz C, Murino M, Thonneau P. Prevalence of erectile dysfunction in France: results of an epidemiological survey of a representative sample of 1004 men. Eur Urol. 2002;42(4):382-9.
- ⁸ Dos Reis Mde M, Abdo CH. Prevalence of erectile dysfunction as defined by the International Index of Erectile Function (IIEF) and self-reported erectile dysfunction in a sample of brazilian men who consider themselves healthy. J Sex Marital Ther. 2010;36(1):87-100.
- ⁹ Ghalavini IF, Al-Ghazo MA, Al-Azab R, Bani-Hani I, Matani YS, Barham AE, et al. Erectile dysfunction in a Mediterranean country: results of an epidemiological survey of a representative sample of men. Int J Impot Res 2010;22(3):196-203.
- ¹⁰ Lizza EF, Rosen RC. Definition and classification of erectile dysfunction: Report of the Nomenclature Committee of the International Society of Impotence Research. Int J Impot Res 1999;11:141-143
- ¹¹ Farré JM, Lasheras MG. Psiquiatría y disfunción eréctil. Madrid: Ed. Garsi, 1998.
- ¹² Abraham G. Porto R. Terapias Sexológicas. Madrid: Pirámide; 1979.
- ¹³ Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. J Consult Clin Psychol 1986;54,140-148.
- ¹⁴ Farré JM, Lasheras MG. Disfunción eréctil psicógena y mixta: estudio de seguimiento terapéutico. Actas Españolas de Psiquiatría 2002;30(1):38-45.
- ¹⁵ González R, Sánchez F. Talleres de práctica clínica en Atención Primaria. En Disfunción Eréctil. Madrid: Semergen y Scientific Communication Management, 2004.

- ¹⁶ Holden CA, McLachlan RI, Pitts M, Cumming R, Wittert G, Ehsani JP et al. Determinants of male reproductive health disorders: the Men in Australia Telephone Survey (MATEs). *BMC Public Health* 2010;10(1):96.
- ¹⁷ Parazzini F, Ricci E, Chiaffarino F, Trinchieri A. Diabetes, cardiovascular diseases and risk of erectile dysfunction: a brief narrative review of the literature. *Arch Ital Urol Androl.* 2009;81(1):24-31.
- ¹⁸ Rosen RC, Fisher WA, Eardley I, Niederberger C, Nadel A, Sand M. Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study: I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Curr Med Res Opin.* 2004;20(5):607-17.
- ¹⁹ Portillo JA. Causas tóxicas: fármacos y drogas. En: Cruz N. *Tratado de Andrología y Medicina Sexual.* Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2011. p. 539-545.
- ²⁰ Perez M^a, Borrás JJ, Sánchez F, Casaubón A. *Sexo y salud una guía para acercarse a la sexualidad.* Elorrio (Vizcaya): Fundación Eroski, 2006.
- ²¹ Banegas JR, Villar F, Graciana A, Rodríguez-Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Rev Esp Cardiol.* 2006;6(Supl G):3-12.
- ²² San Martín C, Villalba E. Disfunción eréctil, un marcador de riesgo cardiovascular y de calidad de vida en la pareja. Actualización de competencias en medicina de familia. DPC SEMERGEN. Madrid: IMC, 2009
- ²³ Billups KL, Bank AJ, Padma-Nathan H, Katz S, Williams R. Erectile Dysfunction is a Marker for Cardiovascular Disease: Results of the Minority Health Institute Expert Advisory Panel. *J Sex Med* 2005;2:40-52
- ²⁴ Kaiser DR, Billups K, Mason C, Wetterling R, Lundberg JL, Blank J., et al Impaired Brachial Artery Endothelium-Dependent and Independent Vasodilation in Men With Erectile Dysfunction and No Other Clinical Cardiovascular Disease. *JAAC* 2004;43 (2):179-84.
- ²⁵ Ganz P. Erectile Dysfunction: Pathophysiology Mechanisms Pointing to Underlying Cardiovascular Disease. *Am j Cardiol* 2005;96 (suppl):8M-12M.
- ²⁶ Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, Salonia A, Briganti A, Werba JP, et al. Association between Erectile Dysfunction and Coronary Artery Disease: Matching the Right Target with the Right Test in the Right Patient. *European Urology* 2006;50:721-31.
- ²⁷ Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodríguez Vela L, Jiménez Cruz JF, Burgos Rodríguez F. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study. *J Urol* 2001;166(2):95-104
- ²⁸ Braun M, Wassmer G, Klotz T, Reifenrath B, Mathers M, Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. *Int J Impot Res.* 2000;12:305-311.
- ²⁹ Parazzini F, Menchini Fabris F, Bortolotti A, Calabro A, Chatenoud L, Colli E et al. Frequency and determinants of erectile dysfunction in Italy. *Eur Urol.* 2000;37(1):43-9.
- ³⁰ Grover SA, Lowensteyn I, Kaouache M, Marchand S, Coupal L, DeCarolis E, et al. The prevalence of erectile dysfunction in the primary care setting: importance of risk factors for diabetes and vascular disease. *Arch Intern Med* 2006;166(2):213-9.
- ³¹ Scuteri A, Najjar SS, Morrell CH, Lakatta EG; Cardiovascular Health Study. The metabolic syndrome in older individuals: prevalence and prediction of cardiovascular events: the Cardiovascular Health Study. *Diabetes Care.* 2005;28(4):882-7.

- ³² Ford ES. Risks for all-cause mortality, cardiovascular disease, and diabetes associated with the metabolic syndrome: a summary of the evidence. *Diabetes Care*. 2005;28(7):1769-78.
- ³³ Demir T, Demir O, Kefi A, Comlekci A, Yesil S, Esen A. Prevalence of erectile dysfunction in patients with metabolic syndrome. *Int J Urol*. 2006;13(4):385-8.
- ³⁴ Ponholzer A, Temml C, Obermayr R, Wehrberger C, Madersbacher S et al. Is erectile dysfunction an indicator for increased risk of coronary heart disease and stroke? *European Urology* 2005;48:512-518.
- ³⁵ Montorsi P, Ravagnani PM, Galli S, Rotatori F, Veglia F, Briganti A, Salonia et al. Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: the COBRA trial *Eur Heart J*. 2006;27:2632-9.
- ³⁶ Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ, Probstfield JL, Moynour CM, Coltman CA. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA* 2005;294(23):2996-3002.
- ³⁷ Kloner RA. Erectile dysfunction: the new harbinger for major adverse cardiac events in the diabetic patient *J Am Coll Cardiol* 2008;51:2051-2052
- ³⁸ Esposito K, Giugliano F, Di Palo C, Giugliano G, Marfella R, D'Andrea F, D'Armiento M et al. Effect of lifestyle changes on erectile dysfunction in obese men: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2004;291:2978-2984.
- ³⁹ Sanchez F. Actualización en Disfunción Eréctil. *EL MEDICO INTERACTIVO*. Madrid: Grupo Saned. Sanidad y Ediciones. 2010. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/Documentos/doc/23_DISFUNCION_ERECTIL.pdf
- ⁴⁰ Tijeras MJ, Aspectos diagnósticos de la Disfunción Eréctil. En San Martín C, Tijeras MJ, Jurado AR, Millán T. Responsabilidad de la Atención Primaria ante la Salud Sexual; Interacción con el paciente con Disfunción Eréctil. 2º Congreso Virtual de Atención Primaria. SEMERGEN 2011. Disponible en <http://www.congresovirtualatencionprimaria.com>
- ⁴¹ Baena JM, Del Vall JL, Tomás J et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en Atención Primaria. *Rev Esp Cardiología* 2005;58(4):367-373.
- ⁴² Luthra A, Misra A, Erectile Dysfunction in diabetic males: plausible mechanisms and Management strategies. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews* 2008;2(1):81-86.
- ⁴³ Brenes F, Gómez JJ, Tijeras MJ, San Martín C. Curso on line Disfunción Eréctil en Atención Primaria. Madrid. Wolters Kluwer Pharma Solutions; 2010.
- ⁴⁴ Jurado AR. Abordaje Terapéutico de la Disfunción Eréctil en Atención Primaria. En San Martín C, Tijeras MJ, Jurado AR, Millán T. Responsabilidad de la Atención Primaria ante la Salud Sexual; Interacción con el paciente con Disfunción Eréctil. 2º Congreso Virtual de Atención Primaria. SEMERGEN 2011. Disponible en <http://www.congresovirtualatencionprimaria.com>
- ⁴⁵ McCabe MP. Relationship factors in the development and maintenance of ED: Implications for treatment effectiveness. *J Sex Med*. 2008;5(8):1795-804.
- ⁴⁶ Hackett G, Kell P, Ralph D, Dean J, Price D, Speakman M, Wylie K. British Society for Sexual Medicine Guidelines on the Management of Erectile Dysfunction. *J Sex Med* 2008;5:1841-65.
- ⁴⁷ Sánchez F, González R, Jurado AR. Actualización de competencias en Medicina de Familia. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la disfunción eréctil. DPC. Semergen. Madrid. IM&C SA; 2009. p. 20.

- ⁴⁸ Derby CA, Mohr BA, Goldstein I, Feldman HA, Johannes CB, Mckinlay JB. Modifiable risk factors and erectile dysfunction: can lifestyle changes modify risk? *Urology*. 2000;56(2):302-306.
- ⁴⁹ Forsberg L, Gustavii B, Höjerback T, Olsson AM. Impotence, smoking and beta-blocking drugs. *Fertil Steril*. 1979May;31(5): 589-91.
- ⁵⁰ Gur S, Sikka SC, Hellstrom WJG. Novel phosphodiesterase-5 (PDE5) inhibitors in the alleviation of erectile dysfunction due to diabetes and ageing-induced oxidative stress. *Expert Opinion on Investigational Drugs*. 2008;17(6):855-864.
- ⁵¹ Jurado AR. Tratamiento farmacológico de la Disfunción Eréctil. En San Martín C, Tijeras MJ, Jurado AR, Millán MT. Responsabilidad de la AP ante la Salud Sexual. Interacción con el paciente con DE. Taller on line del 2º Congreso Virtual de Atención Primaria. Congreso SEMERGEN. Asturias 2011. Disponible en <http://www.congresovirtualatencionprimaria.com>
- ⁵² San Martín Blanco C. Evaluación diagnóstica y tratamiento de la disfunción eréctil en Atención Primaria. *Wolkers Kluwer Health Pharma Solutions*. Madrid 2010:26.
- ⁵³ Lue TF. Erectile Dysfunction. *N Engl J Med* 2000;342:1802-13.
- ⁵⁴ DeBusk R, Dorry Y, Goldstein I, Jackson G, Kaul S, Kimmel SE et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: Recommendations of the Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol*. 2000;86(2):175-181.
- ⁵⁵ Mittleman MA, Maclure M, Glasser DB. Evaluation of acute risk for myocardial infarction in men treated with sildenafil citrate. *Am J Cardiol*. 2005;96:443-6
- ⁵⁶ Jackson G et al. Update on clinical trials of tadalafil demonstrates no increased risk of cardiovascular adverse events. *J Sex Med* 2004;1:161-7
- ⁵⁷ Jackson G, Rosen RC, Kloner RA, Kostis JB. The Second Princeton Consensus on sexual dysfunction and cardiac risk: new guidelines for sexual medicine. *J. Sex. Med.* 2006 Jan;3(1):28-36.
- ⁵⁸ Rajfer J, Aliotta PJ, Steidle CP, Fitch WP 3rd, Zhao Y, Yu A, et al. Tadalafil dosed once a day in men with erectile dysfunction: A randomized, double-blind, placebo-controlled study in the US. *Int J Impot Res* 2007; 19 (1): 95-103.
- ⁵⁹ Hatzichristou D, Gambla M, Rubio-Aurioles E et al. Efficacy of tadalafil once daily in men with diabetes mellitus and erectile dysfunction. *Diabet Med* 2008; 25: 139-146.
- ⁶⁰ Porst H, Rajfer J, Casabé A, Feldman R, Ralph D, Vieiraalves LF, et al. Long-Term Safety and Efficacy of Tadalafil 5 mg Dosed Once Daily in Men with Erectile Dysfunction. *J Sex Med*. 2008;5(9):2160-9
- ⁶¹ Seftel AD, Buvat J, Althof SE, McMurray JG, Zeigler HL, Burns PR, et al. Improvements in confidence, sexual relationship and satisfaction measures: results of a randomized trial of tadalafil 5 mg taken once daily. *Int J Impot Res*. 2009;21(4):240-8.
- ⁶² Dording CM, Fisher L, Papakostas G, Farabaugh A, Sonawa S, Fava M, Mischoulon D. A double-blind, randomized, pilot dose-finding study of maca (*L. meyenii*) for the management of SSRI-induced sexual dysfunction. *CNS Neurosci Ther*. 2008;14(3):182-91
- ⁶³ Murphy LL, Lee TJ. Ginseng, sex behavior, and nitric oxide. *Ann N Y Acad Sci*. 2002 May;962:372-7.
- ⁶⁴ Kim TH, Jeon SH, Hahn EJ, Paek KY, Park JK, Youn NY, Lee HL. Effects of tissue-cultured mountain ginseng (*Panaxginseng* CA Meyer) extract on male patients with erectile dysfunction. *Asian J Androl*. 2009 May;11(3):356-61.

- ⁶⁵ De Andrade E, De Mezquita AA, Claro J de A, De Andrade PM, Ortiz V, Paranhos M, Srougi M. Study of the efficacy of Korean Red Ginseng (KRG) in the treatment of erectile dysfunction. *Asian J Androl*. 2007 Mar;9(2):241-4
- ⁶⁶ Cohen AJ, Bartlik B. Ginkgo biloba for antidepressant-induced sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 1998 Apr-Jun;24(2):139-43.
- ⁶⁷ Protocolos diagnósticos-terapéuticos. Servicio de Andrología. Fundación Puigvert. Madrid: Acción Médica, 2001.
- ⁶⁸ San Martín Blanco, C. Comunicación y Actitudes en la Entrevista Sexológica, Adalia Pharma, 2005 Madrid.
- ⁶⁹ Brotons F, Campos JC, Gosalbes V, et al. Manejo de la disfunción eréctil en Atención Primaria. *Jano*. 1988;LV:1280.
- ⁷⁰ Helen S. Kaplan, Manual ilustrado de terapia sexual, Grijalbo Mondadori, 1975, Barcelona, España.
- ⁷¹ Slag MF, Morley JE, Elson MK, et al. Impotence in medical clinic outpatients. *JAMA* 1983;249:1736-40.
- ⁷² San Martín Blanco, C. en Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones Sexuales, IM&C, 2004, Madrid, 33-36.
- ⁷³ Díaz Morfa, J. Prevención de los conflictos de pareja. Desclée de Brouwer, 2003, Bilbao, España.

Otras consultas bibliográficas:

Declaración conjunta de la Federación Internacional Farmacéutica, FIP y de la World Self-Medication Industry, WSMI sobre Automedicación responsable. La Haya, 10 junio de 1999.

Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Documento de Consenso AF, Enero 2008. Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid. ISBN 978-84-691-1243-4.

Faus M.J., Amariles P, Martínez-Martínez F. Atención Farmacéutica conceptos, procesos y casos prácticos. 2007.

Teresa Millán Rusillo, T. Manejo del paciente con Disfunción Eréctil, Curso on line. SEMERGEN 2010.



