

AUTORES

Antonio Martín Morales¹
José Ibáñez²
Manuel Machuca³
Emilio Pol-Yanguas⁴
Gabriel Schnetzler⁵
Virginia Pascual Renedo⁶

1. Hospital Universitario Carlos Haya, urólogo y responsable de la Unidad de Andrología y Medicina Sexual, Málaga.
2. Farmacéutico comunitario, ex presidente de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria, Barcelona.
3. Farmacéutico comunitario, Sevilla. Profesor de atención farmacéutica, Universidad de Sevilla.
4. Farmacéutico comunitario, Calpe.
5. Prism Ideas Ltd, Basilea, Suiza.
6. Departamento Médico de Pfizer España S.A., Madrid.

Este artículo ha sido publicado en inglés en la revista *The Journal of Sexual Medicine* (J Sex Med 2010; 7: 3153-3160) y se publica en FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS por autorización expresa de la editorial.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los farmacéuticos comunitarios pueden ser un importante primer punto de contacto con los pacientes con disfunción eréctil (DE), pero hasta la fecha no hay ningún estudio sobre las características de los hombres que acuden a un farmacéutico solicitando consejo o tratamiento para la DE.

OBJETIVO

Caracterizar los perfiles de los hombres que solicitan tratamiento para la DE en la farmacia, con o sin receta de inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (iPDE5).

MÉTODOS

Entre septiembre y noviembre de 2008 se realizó un estudio observacional, transversal y multicéntrico en farmacias comunitarias de España. De aquellos hombres que solicitaban consejo o tratamiento para la DE, cada investigador reclutó un paciente que tenía receta médica de iPDE5 y otro que acudía sin receta médica. Los farmacéuticos del estudio completaron un cuestionario de datos demográficos, clínicos y conductuales del paciente, incluido el Cuestionario de salud sexual para varones (*Sexual Health Inventory for Men*).

VARIABLES PRINCIPALES

Características demográficas y respuestas a los cuestionarios.

Continúa ➔

ESTUDIO EPIFARM

ESTUDIO OBSERVACIONAL EN 574 FARMACIAS COMUNITARIAS DE ESPAÑA PARA CARACTERIZAR LOS PERFILES DE PACIENTES VARONES QUE SOLICITAN MEDICACIÓN CONTRA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

INTRODUCCIÓN

La disfunción eréctil (DE) es un problema sexual prevalente entre los hombres, que afecta a más de la mitad de los varones mayores de 40 años; el estudio MMAS (*Massachusetts Male Aging Study*) informó de una prevalencia combinada de impotencia desde mínima hasta completa del 52% de los hombres de entre 40 y 70 años de edad¹. La DE tiene importantes implicaciones para la salud sexual y general tanto del paciente como de su pareja: la baja satisfacción con la firmeza de la erección se ha asociado a una menor probabilidad de satisfacción con la vida sexual, la vida amorosa y la salud general, tanto de los hombres como de sus parejas². Por ello, se recomienda que los hombres sean tratados hasta conseguir su potencial eréctil óptimo³, ya que se han observado correlaciones positivas significativas entre el tratamiento satisfactorio de la DE, que lleva a una mejora de la firmeza de la erección, y variables psicosociales tales como la autoestima, la confianza y la satisfacción en las relaciones, determinadas mediante el cuestionario validado SEAR de autoestima y relaciones⁴⁻⁶.

Se han descrito varios factores de riesgo para la DE, como la enfermedad vascular, déficits neurológicos, factores iatrogénicos y trastornos endocrinos; por otra parte, la DE está asociada a diversas comorbilidades, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares⁷. Estas asociaciones han sugerido que el diagnóstico de la DE podría ser un indicador de enfermedades subyacentes, en particular de las enfermedades cardiovasculares⁸⁻¹⁰. El tratamiento de la DE es ahora más accesible para el paciente gracias a las terapias orales, y los inhibidores de la fosfodiesterasa

tipo 5 (iPDE5) sildenafil, vardenafil y tadalafil están bien establecidos como opción terapéutica de primera línea¹¹. A pesar de la posibilidad de obtener una receta de iPDE5, sólo tres de cada diez hombres afectados buscan consejo médico para la DE¹². Por otra parte, los hombres tienden a esperar más de un año antes de consultar a su médico acerca de la DE^{13,14}. Sin embargo, los hombres que buscan información sobre la DE tienen más probabilidades de obtener tratamiento de un profesional sanitario posteriormente¹⁵. Los profesionales sanitarios que no son médicos —es decir, enfermeros, psicólogos y farmacéuticos— tienen una importante influencia sobre el tratamiento posterior¹⁶.

Los farmacéuticos comunitarios son profesionales sanitarios bien aceptados desde la perspectiva del paciente¹⁷ y desempeñan un importante papel en los sistemas sanitarios europeos al mantener las enfermedades de menor importancia fuera de las consultas de medicina general, derivar a los pacientes al médico para que los examine en caso necesario y garantizar un uso adecuado de los medicamentos de dispensación con y sin receta^{18,19}. Por ello, los farmacéuticos pueden ser un importante primer punto de contacto para los hombres que buscan tratamiento para la DE, incluidos los tratamientos de dispensación sin receta tales como plantas medicinales, suplementos dietéticos o vitaminas^{20,21}, y para los hombres que acuden al farmacéutico con el fin de obtener un iPDE5 sin receta. Poco se sabe, sin embargo, del papel que desempeña la farmacia comunitaria para los hombres que solicitan información o medicación para tratar la DE; actualmente no existen datos sobre las diferencias entre las poblaciones de hombres que eligen al farmacéutico o al médico como primer profesional sanitario con quien hablar de sus problemas de erección y solicitar consejo o tratamiento.

RESULTADOS

574 farmacéuticos seleccionaron a 1.147 pacientes, de los cuales 1.113 fueron incluidos en el análisis. No se observaron diferencias estadísticas entre los grupos en cuanto al peso, la hipertensión, la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia, la dislipidemia, la depresión o el estrés. Tampoco se observaron diferencias estadísticas respecto a la gravedad de la DE ($p = 0,7892$) ni a la proporción de hombres sin DE en cada grupo ($p = 0,5755$). En ambos grupos, los pacientes habían presentado síntomas de DE durante una media de veintiséis meses antes de la primera consulta a un profesional sanitario. Para el 60,2% de los pacientes incluidos en el grupo sin receta, la visita a la farmacia fue la primera ocasión en la que habían hablado de su DE con un profesional sanitario, y el 50% de aquellos que habían hablado previamente de la DE lo habían hecho en primer lugar con un farmacéutico. En este grupo de pacientes sin receta, el 85,1% de los hombres solicitaba un iPDE5.

CONCLUSIONES

Muchos hombres acuden a un farmacéutico comunitario buscando tratamiento para la DE, y los pacientes con receta médica de un iPDE5 presentan un perfil de gravedad de la disfunción eréctil y de comorbilidades equivalente al de aquellos pacientes que no presentan receta. Los farmacéuticos comunitarios deberían recibir formación sobre los criterios actuales de diagnóstico y tratamiento de la DE, para poder informar a los hombres y animarles a acudir al médico, lo que aumentaría la probabilidad de detección precoz de comorbilidades no diagnosticadas, como la enfermedad cardiovascular. Martín Morales A, Ibáñez J, Machuca M, Pol-Yanguas E, Schnetzler G y Renedo VP. Pharmacies in Spain characterizing patient profiles of men asking for erectile dysfunction medication. *J Sex Med* 2010;7:3153-3160.

PALABRAS CLAVE

PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL

Disfunción eréctil, iPDE5, farmacéutico, medicamento de dispensación con receta, medicamento de dispensación sin receta.

PALABRAS CLAVE EN INGLÉS

Erectile dysfunction, PDE5i, pharmacist, prescription medicine, non-prescription medicine.

OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio eran recabar datos sobre las características de los hombres que solicitan consejo o tratamiento para la DE en las farmacias comunitarias y comparar las características de los hombres con y sin receta de iPDE5 que solicitan a los farmacéuticos consejo o tratamiento para la DE.

TABLA 1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS GRUPOS CON RECETA Y SIN RECETA

	TOTAL	CON RECETA	SIN RECETA	VALOR P
Edad (años), n	1.110	570	540	
Media (D.E.)	56,7 (11,5)	58,5 (10,8)	54,8 (12,0)	<0,0001
Peso (kg), n	1.106	568	538	
Media (D.E.)	81,1 (10,0)	81,2 (9,7)	81,0 (10,2)	0,7723
Estatura (cm), n	1.109	569	540	
Media (D.E.)	173,0 (6,8)	172,6 (6,6)	173,3 (7,0)	0,0907
IMC (kg/m ²), n	1.106	568	538	
Media (D.E.)	27,1 (2,9)	27,2 (2,9)	26,9 (2,9)	0,1132
Fumador actual (%)	38,7	33,9	43,8	
Comorbilidades, n % con	1.112	570	542	<0,0001
Hipertensión	64,4	66,5	62,2	0,1331
Diabetes mellitus	43,1	42,1	44,1	0,502
Hipercolesterolemia	54,7	56,8	52,4	0,1367
Hipertrigliceridemia	33,9	33,3	34,5	0,6807
Depresión	38,1	37,4	38,9	0,5920
Estrés	51,1	49,8	52,4	0,3907

Receta de iPDE5.

D.E.: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal.

MÉTODOS

Entre septiembre y noviembre de 2008 se realizó un estudio observacional, transversal y multicéntrico en farmacias comunitarias en todo el territorio español. Este estudio fue estrictamente observacional y realizado únicamente por farmacéuticos, sin la participación de ningún médico.

Cada farmacéutico participante seleccionó un número igual de hombres con y sin receta de iPDE5 entre aquellos que buscaban consejo o tratamiento para la DE. Los criterios de inclusión de los participantes eran ser mayor de 18 años y responder positivamente a la pregunta *¿Tiene dificultades para lograr y/o mantener una erección suficiente para conseguir una relación sexual satisfactoria?*. Los participantes se incluían en el grupo sin receta si acudían al farmacéutico buscando consejo o tratamiento (de un medicamento de dispensación con o sin receta) sin presentar una receta válida.

Los farmacéuticos del estudio completaron un cuestionario en el que se recogía información sobre datos demográficos, comorbilidades, función eréctil y salud general, incluido el Cuestionario de salud sexual para varones (SHIM) validado, utilizado para detectar la DE y evaluar su gravedad^{22,23}, así como una pregunta sobre la Valoración de la satisfacción global

(¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de su vida con este grado de función eréctil?), puntuada de 1 (muy insatisfecho) a 5 (muy satisfecho).

Se compararon los datos entre los grupos con receta y sin receta mediante la prueba *t* de Student para los datos continuos y la prueba de chi cuadrado para los categóricos. Se realizó un análisis de regresión logística para determinar aquellas características que pudieran asociarse a acudir en primera instancia al farmacéutico o al médico, analizando por separado la población total y el grupo sin receta; ciertos factores significativos determinados a partir de análisis bivariantes se analizaron posteriormente, utilizando regresión logística multivariable para determinar su influencia sobre la elección de visitar inicialmente al médico o al farmacéutico.

Todos los sujetos facilitaron su consentimiento informado escrito. El estudio fue aprobado por el comité ético del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y avalado científicamente por la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria.

VARIABLES PRINCIPALES

Las variables principales fueron la descripción de las características del paciente y las respuestas a los cuestionarios SHIM y de Valoración de satisfacción global.

RESULTADOS

Quinientos setenta y cuatro farmacéuticos de toda España seleccionaron 1.147 pacientes; de ellos, 1.113 (97%) cumplían los criterios de inclusión y fueron incluidos en el análisis.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PERFIL DE COMORBILIDADES

La mayoría de las características demográficas, así como el perfil de comorbilidades, no presentaban diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes de los grupos con receta ($n = 570$) y sin receta ($n = 543$) (Tabla 1). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el peso, altura o IMC entre los sujetos de ambos grupos, ni tampoco en la incidencia de comorbilidades como hipertensión, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, depresión o estrés. La media de edad de los hombres del grupo con receta y del grupo sin receta era de 58,5 años (IC 95%: 57,6-59,4) y 54,8 años (IC 95%: 53,8-55,9), respectivamente ($p < 0,0001$). En el grupo con receta había significativamente menos fumadores actuales que en el grupo sin receta (33,9% y 43,8%, respectivamente; $p < 0,0001$). Sin embargo, no había diferencia en el número medio de cigarrillos al día (fumadores actuales y ex fumadores) entre los grupos con y sin receta (20,8 y 20,6, respectivamente; $p = 0,8137$).

DE Y PUNTUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN

La media de las puntuaciones del cuestionario SHIM fue prácticamente idéntica en ambos grupos –con y sin receta–, y correspondía a una DE leve-moderada (puntuación SHIM media de 13,9 y 14,0, respectivamente; $p = 0,7892$). La proporción de hombres con cada categoría de gravedad de DE no fue significativamente diferente entre el grupo con receta y el grupo sin receta (Figura 1); el 83% de hombres del grupo con receta y el 85,1% de hombres del grupo sin receta presentaban DE leve, leve-moderada o moderada. Cabe destacar que no se observó diferencia significativa entre los grupos en cuanto a la proporción de hombres sin DE (7,2% y 7,3% en los grupos con y sin receta, respectivamente; $p = 0,5755$). Según los resultados de la

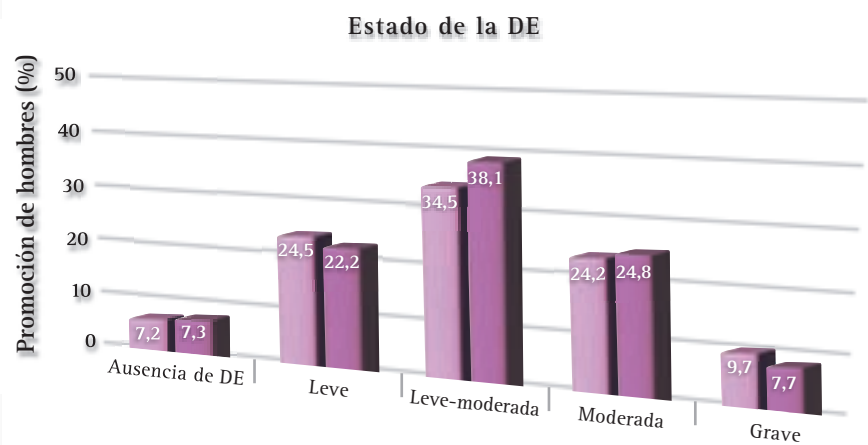
Valoración de satisfacción global, el 58% de los hombres del grupo con receta y el 61% de los del grupo sin receta ($p = 0,24$) se sentirían muy insatisfechos o bastante insatisfechos si tuvieran que pasar el resto de su vida con ese grado de función eréctil, con unas puntuaciones medias de 2,5 para el grupo con receta y 2,4 para el grupo sin receta.

CONSULTA AL PROFESIONAL SANITARIO

Los pacientes de ambos grupos habían presentado síntomas de DE durante una media de 26 meses antes de la primera consulta a un profesional sanitario ($p = 0,9416$). De los hombres con receta, al 66,3% ya le habían recetado previamente un tratamiento para la DE y el 60,5% había hablado en primer lugar de sus problemas de erección con un médico, mientras que el 38,3% había acudido a un farmacéutico para hablar por primera vez de la DE con un profesional sanitario. Entre los hombres que presentaban receta, a la mayoría se les había prescrito sildenafil (70%), mientras que el 22,4% tenían receta para tadalafilo, el 7,2% para vardenafilo y el 0,4% para alprostadil. En el grupo sin receta, el 85,1% de los hombres solicitaban un medicamento de dispensación con receta (iPDE5), mientras que el

resto solicitaba plantas medicinales, suplementos dietéticos o vitaminas. Para el 60,2% de los hombres del grupo sin receta, la visita del estudio era la primera vez que hablaban de la DE con un profesional sanitario (Tabla 2). Además, entre los hombres que antes del estudio habían hablado con un profesional sanitario sobre su DE, en el 50% de los casos se trataba de un farmacéutico, en comparación con el 46,7% que había consultado a un médico en primer lugar. La proporción de hombres del grupo sin receta que habían visitado previamente a un médico aumentaba con la edad del paciente (Tabla 3). De los hombres sin receta de edades comprendidas entre 18 y 60 años ($n = 121$), el 38,0% habían visitado previamente a un médico, mientras que el 57,9% habían visitado previamente a un farmacéutico (el 4,1% respondieron a la opción *otros*); de los hombres mayores de 60 años ($n = 89$), el 57,3% habían visitado previamente a un médico, mientras que el 39,3% habían visitado previamente a un farmacéutico (el 2,2% habían visitado tanto a un médico como a un farmacéutico). Por otra parte, el 38,3% ($n = 215$) de los hombres del grupo con receta eligieron a un farmacéutico para hablar por primera vez de sus problemas de erección con un profesional sanitario.

FIGURA 1 GRAVEDAD DE LA DE EN HOMBRES CON Y SIN RECETA DE IPDE5



Gravedad de la DE	Puntuación SHIM
Ausencia de DE	22 - 25
Leve	17 - 21
Leve-moderada	12 - 16
Moderada	8 - 11
Grave	5 - 7

■ Con receta
■ Sin receta

TABLA 2 CONSULTA A UN PROFESIONAL SANITARIO

	TOTAL	CON RECETA	SIN RECETA	VALOR P
¿Es la primera vez que solicita consejo a un profesional sanitario para su problema de erección?				
N	543	N/A	543	
No; n (%)	216 (39,8)		216 (39,8)	–
Sí; n (%)	327 (60,2)		327 (60,2)	
Si ha contestado «no» a la pregunta anterior, ¿a qué tipo de profesional sanitario solicitó consejo en primer lugar?				
N	774	562	212	
Médico; n (%)	439 (56,7)	340 (60,5)	99 (46,7)	0,0007
Farmacéutico; n (%)	321 (41,5)	215 (38,3)	106 (50,0)	
Tanto médico como farmacéutico; n (%)	7 (0,9)	5 (0,9)	2 (0,9)	
Otros; n (%)	7 (0,9)	2 (0,4)	5 (2,4)	
¿Alguna vez le han diagnosticado DE?				
N	514	N/A	514	
No; n (%)	414 (80,5)		414 (80,5)	
Sí; n (%)	100 (19,5)		100 (19,5)	
Tiempo transcurrido desde los primeros síntomas de DE y la visita a un profesional sanitario (meses)				
n	1.023	548	475	
Media (D.E.)	25,8 (31,9)	25,7 (29,8)	25,9 (34,1)	0,9416
IC 95%	23,8–27,8	23,2–28,2	22,8–29,0	

Receta de iPDE5.
N/A = no aplicable; D.E.: desviación estándar; IC: intervalo de confianza.

Para determinar aquellas características que pudieran asociarse a acudir en primera instancia a un farmacéutico o a un médico como profesional sanitario, se utilizó un análisis de regresión logística multivariable de la población completa y de la población de hombres sin receta, respectivamente. En la muestra completa, la presencia de DE (según el cuestionario SHIM) y de diabetes estaban asociadas a un aumento de la probabilidad de visitar al farmacéutico ($p = 0,006$ y $p = 0,0048$, respectivamente; Tabla 4). Un mayor intervalo de tiempo entre los primeros síntomas de la DE y la visita a un profesional sanitario se asociaba a una menor probabilidad de visitar a un farmacéutico ($p = 0,0025$). En la población sin receta, tanto la presencia de DE y dislipidemia ($p < 0,0001$ y $p = 0,0480$, respectivamente) como un mayor intervalo de tiempo entre los primeros síntomas de la DE y la visita a un profesional sanitario ($p = 0,0085$) estaban asociados a una mayor probabilidad de visitar a un médico (Tabla 5).

con y sin receta de un iPDE5 que visitan a un farmacéutico solicitando tratamiento para la DE; aunque los hombres sin receta eran estadísticamente más jóvenes que los que presentaban receta, la media de edad de ambos grupos era muy superior a 50 años. No se observaron diferencias significativas entre estos grupos en la gravedad de la DE, las comorbilidades (que incluían la hipertensión y

la diabetes mellitus) o el tiempo transcurrido hasta la búsqueda de tratamiento. Es especialmente importante destacar que la proporción de hombres sin DE según el cuestionario SHIM fue similar en el grupo con receta (7,2%) y en el grupo sin receta (7,3%). Estos hallazgos son sorprendentes y contradicen los supuestos de un posible uso de los iPDE5 con fines recreativos en hombres que acuden directamente a un farmacéutico solicitando medicación para la DE. Puede conjeturarse que la proporción relativamente alta de hombres sin DE podría estar asociada al uso del cuestionario SHIM como herramienta diagnóstica de la DE, ya que se han observado resultados similares en una reciente encuesta en la que más del 11% de los hombres que tenían receta de un iPDE5 y DE según la pregunta individual del estudio MMAS (Massachusetts Male Aging Study) no presentaba DE según el cuestionario SHIM²⁴.

Los hombres esperaban más de dos años de media entre los primeros síntomas de DE y la consulta a un profesional sanitario. Esta observación es similar al intervalo de tiempo medio publicado en estudios anteriores entre los primeros síntomas de DE y la visita a un médico^{13,14}.

TABLA 3 PROPORCIÓN DE HOMBRES SIN RECETA DE IPDE5 QUE HABÍAN VISITADO PREVIAMENTE A UN PROFESIONAL SANITARIO

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70
n	7	19	33	62	56	33
Médico	14,3	31,6	36,4	43,5	55,4	63,6
Farmacéutico (%)	71,4	63,2	57,6	54,8	41,1	36,4
Otros	14,3	5,3	6,1	1,6	0,0	0,0
Médico y farmacéutico (%)	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0

TABLA 4 FACTORES ASOCIADOS CON LA PRIMERA VISITA A UN FARMACÉUTICO: RESULTADOS DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIABLE (EN LA POBLACIÓN TOTAL DE PACIENTES, CON Y SIN RECETA DE IPDE5)

Variable	Coficiente	Cociente de probabilidad	Intervalo de confianza del 95%	Valor p
DE según SHIM (presencia frente a ausencia)	0,9195	2,508	1,301; 4,833	0,0060
Diabetes (sí frente a no)	0,4436	1,558	1,145; 2,121	0,0048
Tiempo*	-0,0098	0,990	0,984; 0,997	0,0025

*Diabetes, no» y «DE según SHIM, ausente» representan las categorías de referencia.
En este modelo la categoría de referencia era «Médico» y la categoría esperada era «Farmacéutico».
*Tiempo transcurrido desde los primeros síntomas de DE y la visita a un profesional sanitario (meses).

DISCUSIÓN

Este gran estudio observacional realizado en España es el primero en publicar datos clínicos de pacientes con DE atendidos en las farmacias. Un importante hallazgo es que no se observó diferencia significativa entre los hombres

TABLA 4 FACTORES ASOCIADOS A LA PRIMERA VISITA A UN MÉDICO: RESULTADOS DEL MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIABLE (EN PACIENTES CON Y SIN RECETA DE IPDE5)

Variable	Coefficiente	Cociente de probabilidad	Intervalo de confianza del 95%	Valor p
Diagnóstico de DE (sí frente a no)*	1,5597	4,757	2,475; 9,143	<0,0001
Dislipidemia (sí frente a no)	0,6852	1,984	1,006; 3,914	0,0480
Tiempo**	0,0154	1,016	1,004; 1,027	0,0085

«Diagnóstico de DE, no» y «Dislipidemia, no» representan las categorías de referencia. En este modelo, la categoría de referencia era «Farmacéutico» y la categoría esperada era «Médico». *Respuesta a la pregunta «¿Alguna vez le han diagnosticado DE?». **Tiempo transcurrido entre los primeros síntomas de DE y la visita a un profesional sanitario (meses).

De este estudio se desprende que los farmacéuticos son un importante punto de contacto para los hombres que solicitan ayuda inicial para la DE. Para el 60% de los hombres sin receta, esta visita al farmacéutico era la primera vez que hablaban de sus problemas de DE con un profesional sanitario. De los pacientes del grupo sin receta que habían hablado previamente de la DE con un profesional sanitario, la mitad habían visitado a un farmacéutico en primer lugar. Por otra parte, cuatro de cada diez hombres con receta habían hablado primero de la DE con un farmacéutico, antes de acudir a un médico para obtener una receta de un iPDE5. La mayoría de los hombres sin receta solicitaban un iPDE5, mientras que solo una minoría solicitaba productos de dispensación sin receta tales como plantas medicinales, suplementos dietéticos o vitaminas.

El aumento de la concienciación pública sobre la DE y las opciones terapéuticas disponibles puede haber aumentado la disposición de los hombres a acudir a un farmacéutico a hablar sobre la DE. En este estudio, el efecto parece ser mayor entre los hombres más jóvenes (menores de 60 años), ya que visitaron a un farmacéutico en lugar de a un médico en mayor proporción que los hombres de más edad. Sin embargo, en este estudio no se evaluaron otros factores sociodemográficos que podrían haber influido en esta decisión, como el nivel de estudios o el entorno cultural. Se ha observado que los farmacéuticos tienen una gran influencia en las decisiones de tratamiento de los pacientes con DE¹⁶ y, en este estudio, una considerable proporción de hombres con receta (38,3%) habían acudido a un farmacéutico para hablar por primera vez de la DE con un profesional sanitario. Esta observación sugiere que se sigue el consejo que recomienda que los farmacéuticos deriven el paciente a los médicos²⁵. Por otra parte, un reciente estudio realizado en varios países europeos,

España entre ellos, sugiere que los farmacéuticos comunitarios podrían ofrecer correctamente consejo y recomendaciones de tratamiento sobre los iPDE5, aunque estos productos solo están disponibles con receta. Así, en el 90% de los casos examinados, el farmacéutico comunitario ofreció una recomendación apropiada²⁶.

El tiempo transcurrido entre los primeros síntomas de DE y la primera interacción con un profesional sanitario (más de dos años de media tanto en el grupo con receta como en el grupo sin receta), y los perfiles de comorbilidad similares de hombres con y sin receta de un iPDE5 que consultan inicialmente al farmacéutico por una medicación para la DE, tienen importantes implicaciones en la práctica clínica. Los farmacéuticos comunitarios deben ser reconocidos como una importante fuente de información y consejo para los pacientes con DE que buscan ayuda. Pueden ser el primer profesional sanitario al que acuden los hombres para hablar de la DE, por lo que los farmacéuticos pueden no sólo estar implicados en rellenar una receta de iPDE5, sino también en la derivación al médico para el diagnóstico y tratamiento de los hombres con posible DE y/o enfermedad concurrente. Por ello, es necesario que los farmacéuticos comunitarios tengan formación sobre la evaluación y tratamiento apropiados de los pacientes con DE. Esta formación debería incluir la asociación entre la DE y comorbilidades que requieren una mayor atención; el diagnóstico de DE puede ser un indicador de otras enfermedades subyacentes, como la diabetes y la enfermedad cardiovascular⁸⁻¹⁰. Los farmacéuticos comunitarios pueden así ayudar a detectar comorbilidades no diagnosticadas en los pacientes y deberían animar a los hombres a buscar consejo médico. Esta detección podría ocurrir como parte de un proceso de selección o *screening* en las farmacias comunitarias; por ejemplo, un

reciente estudio de los factores de riesgo de hipertensión arterial realizado en las farmacias españolas demostró la facilidad con que podrían evaluarse estos factores en las farmacias comunitarias²⁷. La estrecha colaboración recomendada entre farmacéuticos comunitarios y médicos podría contribuir a garantizar una atención óptima al paciente²⁵.

Este estudio presenta ciertas limitaciones, ya que no es intervencionista: no había datos de seguimiento disponibles sobre el posterior suministro y uso de iPDE5 (u otra medicación para la DE), ni sobre si la visita al farmacéutico fue seguida de una visita al médico. Por el diseño del estudio, tampoco es posible estimar la prevalencia de hombres sin receta de iPDE5 que solicitan medicación para la DE en una farmacia comunitaria. Aunque este estudio se realizó en más de quinientas farmacias, todas ellas se encontraban en España; sin embargo, podrían esperarse resultados similares en otros países europeos. Por ello, sería necesario realizar otros estudios internacionales que confirmen este supuesto y examinen factores adicionales que pudieran influir en la decisión de un hombre de pedir consejo sobre la DE a un farmacéutico comunitario. Además, es necesario conocer mejor el impacto del consejo del farmacéutico en los hombres para quienes el farmacéutico es su primer contacto con un profesional sanitario acerca de la DE.

CONCLUSIONES

Los farmacéuticos comunitarios son un importante primer punto de contacto para los hombres con DE. No se observaron diferencias significativas en la gravedad de la DE, el tiempo que tardan en buscar tratamiento o el perfil de comorbilidad entre hombres con y sin receta de iPDE5. Como la DE puede ser un indicador de una comorbilidad subyacente, incluidas la diabetes y la enfermedad cardiovascular⁴⁻⁶, los farmacéuticos comunitarios deberían recibir formación sobre la evaluación y tratamiento de la DE, para poder informar a los hombres sobre la enfermedad y ofrecerles consejo. Se recomienda además que exista colaboración entre farmacéuticos y médicos durante el seguimiento de los hombres con receta de un iPDE5²⁵.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

CATEGORÍA I

(a) *Concepción y diseño*

Antonio Martín Morales; José Ibáñez; Manuel Machuca; Emilio Pol-Yanguas; Gabriel Schnetzler; Virginia Pascual Renedo.

(b) *Recopilación de los datos*

José Ibáñez; Manuel Machuca; Emilio Pol-Yanguas.

(c) *Análisis e interpretación de los datos*

Antonio Martín Morales; José Ibáñez; Manuel Machuca; Emilio Pol-Yanguas; Gabriel Schnetzler; Virginia Pascual Renedo.

CATEGORÍA 2

(a) *Elaboración del borrador del artículo*

Antonio Martín Morales; José Ibáñez; Manuel Machuca; Emilio Pol-Yanguas; Gabriel Schnetzler; Virginia Pascual Renedo.

(b) *Revisión del contenido intelectual*

Antonio Martín Morales; José Ibáñez; Manuel Machuca; Emilio Pol-Yanguas; Gabriel Schnetzler; Virginia Pascual Renedo.

CATEGORÍA 3

(a) *Aprobación final del artículo terminado*

Antonio Martín Morales; José Ibáñez; Manuel Machuca; Emilio Pol-Yanguas; Gabriel Schnetzler; Virginia Pascual Renedo.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada por Pfizer España S.A. El apoyo editorial fue proporcionado por la Dra. Sarah Davies de Prism Ideas Ltd., y financiado por Pfizer International Operations Ltd.

Autor al que debe dirigirse la correspondencia: Antonio Martín Morales, MD, Departamento de Urología, Hospital Universitario Carlos Haya, Plaza Hospital Civil s/n, Málaga, 29009, España. Tel.: +34 951 290 362; Fax: +34 951 290 371; Correo electrónico: amartinmorales@hotmail.com, amartinmorales@terra.es

Conflicto de intereses: ninguno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Reducir el consumo de sal en la población. Informe de un Foro de la OMS y de una reunión técnica, 5-7 Octubre 2006, París, Francia. Ginebra: OMS; 2007.

1. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts male aging study. *J Urol* 1994;151:54-61.

2. Mulhall J, King R, Gline S, Hvidsten K. Importance of and satisfaction with sex among men and women worldwide: Results of the global better sex survey. *J Sex Med* 2008;5:788-95.

3. Mulhall J, Althof SE, Brock GB, Goldstein I, Junemann KP, Kirby M. Erectile dysfunction: Monitoring response to treatment in clinical practice—Recommendations of an international study panel. *J Sex Med* 2007;4:448-64.

4. Althof SE, Cappelleri JC, Shpilsky A, Stecher V, Diuguid C, Sweeney M, Duttagupta S. Treatment responsiveness of the self-esteem and relationship questionnaire in erectile dysfunction. *Urology* 2003;61:888-92.

5. Kadioglu A, Grohmann W, Depko A, Levinson IP, Sun F, Collins S. Quality of erections in men treated with flexible-dose sildenafil for erectile dysfunction: Multicenter trial with a double-blind, randomized, placebo-controlled phase and an open-label phase. *J Sex Med* 2008;5:726-34.

6. Cappelleri JC, Bushmakina AG, Symonds T, Schnetzler G. Scoring correspondence in outcomes related to erectile dysfunction treatment on a 4-point scale (SCORE-4). *J Sex Med* 2009;6:809-19.

7. McVary KT. Clinical practice. Erectile dysfunction. *N Engl J Med* 2007;357:2472-81.

8. Thompson IM, Tangen CM, Goodman PJ, Probstfield JL, Moynihan CM, Coltman CA. Erectile dysfunction and subsequent cardiovascular disease. *JAMA* 2005;294:2996-3002.

9. Jackson G. Prevention of cardiovascular disease by the early identification of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2008;20 (2 suppl):S9-14.

10. Hodges LD, Kirby M, Solanki J, O'Donnell J, Brodie DA. The temporal relationship between erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Int J Clin Pract* 2007;61:2019-25.

11. Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, Rosen RC, Andersson KE, Althof S, Christ G, Hatzichristou D, Hirsch M, Kimoto Y, Lewis R, McKenna K, MacMahon C, Morales A, Mulcahy J, Padma-Nathan H, Pryor J, de Tejada IS, Shabsigh R, Wagner G. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med* 2004;1:6-23.

12. Kubin M, Wagner G, Fugl-Meyer AR. Epidemiology of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2003;15:63-71.

13. Claes H, Opsomer RJ, Andrienne R, Vanbelle S, Albert A, Vanderdonck F. Characteristics and expectations of patients with erectile dysfunction: Results of the SCORED study. *Int J Impot Res* 2008;20:418-24.

14. Haro JM, Beardsworth A, Casariego J, Gavart S, Hatzichristou D, Martín-Morales A, Schmitt H, Mirone V, Needs N, Riley A, Varanese L, von Keitz A, Kontodimas S. Treatment-seeking behavior of erectile dysfunction patients in Europe: Results of the erectile dysfunction observational study. *J Sex Med* 2006;3:530-40.

15. Berner MM, Leiber C, Kriston L, Stodden V, Gunzler C. Effects of written information material on help-seeking behavior in patients with erectile dysfunction: A longitudinal study. *J Sex Med* 2008;5:436-47.

16. Fisher WA, Rosen RC, Eardley I, Niederberger C, Nadel A, Kaufman J, Sand M. The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) Study Phase II: Understanding PDE5 inhibitor treatment seeking patterns, among men with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2004;1:150-60.

17. Anderson C, Blenkinsopp A, Armstrong M. Feedback from community pharmacy users on the contribution of community pharmacy to improving the public's health: A systematic review of the peer reviewed and non-peer reviewed literature 1990-2002. *Health Expect* 2004;7:191-202.

18. Hassell K, Noyce PR, Rogers A, Harris J, Wilkinson J. A pathway to the GP: The pharmaceutical "consultation" as a first port of call in primary health care. *Fam Pract* 1997; 14:498-502.

19. Hammerlein A, Griese N, Schulz M. Survey of drug-related problems identified by community pharmacies. *Ann Pharmacother* 2007; 41:1825-32.

20. McKay D. Nutrients and botanicals for erectile dysfunction: Examining the evidence. *Altern Med Rev* 2004;9:4-16.

21. Stanislavov R, Nikolova V, Rohdewald P. Improvement of erectile function with Prelox: A randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *Int J Impot Res* 2008; 20:173-80.

22. Cappelleri JC, Rosen RC. The Sexual Health Inventory for Men (SHIM): A 5-year review of research and clinical experience. *Int J Impot Res* 2005;17:307-19.

23. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999; 11:319-26.

24. Schnetzler G, Banks I, Kirby M, Zou KH, Symonds T. Characteristics, behaviors, and attitudes of men bypassing the health-care system when obtaining phosphodiesterase type 5 inhibitors. *J Sex Med* 2010;7:1237-46.

25. Vic JM. Specific aspects of erectile dysfunction and its treatment for community pharmacists. *Int J Impot Res* 2004;16 (2 suppl):S50-2.

26. Dean J, Carr A, Carlsson M, Marfatia A, Schnetzler G, Symonds T. Correlation between community pharmacist and physician recommendations for treatment with a phosphodiesterase type 5 inhibitor. *J Sex Med* 2009;6(2 suppl):113-93.

27. Martínez P, Sr, Armando PD, Molina Guerra AC, Martí PM, Martínez MF. Relationship between cardiovascular risk factors and high blood pressure by community pharmacists in Spain. *Pharm World Sci* 2009;31:406-12.