

DISFUNCIÓN SEXUAL: ENTRE LA REALIDAD Y EL MARKETING

Editoriala

1998an sildenafiloa (Viagra®) merkaturatu zenetik, milioika gizonek jaso dute farmako horretan eta multzo bereko beste batzuetan oinarritutako tratamendua, eta hori, ezbaierik gabe, oso mesedegarria izan da erektzioaren disfuntzioa jasaten duten gaixoentzat, gaixotasunaren arrazoa organikoa (diabetesa, prostatektomia eta abar) den kasuetan bereziki, ordura artean tratamendu egokirik eskura ez zutela aintzat hartuta. Eta oso onuragarria izan da, ezin uka, farmazia-enpresentzat, etekinak lortzearen ez zutelako zalantza-izpirik eduki farmako horiek askoz ere gizon gehiagorengana eramateko. Horretarako, «beharrezkotzat» jo zuten trata zitekeen erektzio-disfuntzioaren prebalentzia-tasa berriz ere zehaztea, Massachusetts Male Aging Study azterlanaren emaitzak erabiliz; horren arabera, erektzio-disfuntzioaren prebalentzia-tasa % 52 zen 40-70 urteko gizonen artean, afektio txiki bat baino ageri ez zutenen % 17 bane. Hala, farmako indartsu horiek tratamendu-aukera bihurtu ziren gizonen erdiarentzat, eta, aldi berean, bizimoduekin edo erabilera ludikoarekin loturiko farmakoekin merkaturatu, gorantz zihoana, sustatu egin zen sexualitatearen alorrean.

Alabaina, horrekin nahikoa ez, antza, eta jarraian emakumeen txanda iritsi zen. Merkatu berri hori irekitzeko, lehenik eta behin, neurtzeko moduko ezaugarriak izango zituen diagnostiko mediko bat zehaztu behar izan zuten, entsegu kliniko sinesgarriak diseinatzea erraztuko zuena. Ildo horretatik, Parisen nazioarteko topaketa jendetsua antolatu zuten sexu-disfuntzioei buruz aritzeko, farmazia-konpainien babesarekin eta mundu osoko ospe handiko ehunka ikerlari, terapeuta eta medikuren parte-hartzearekin. Beste behin ere, inkesta baten (JAMA, 1999) emaitza «zirrargarriak» aurkeztu zituzten bertan: 18 urte-tik 59 urtera bitarteko emakumeen % 43k sexu-disfuntzioaren bat jasaten zuen. «Diagnostiko» hori aintzat hartzeko, ordea, nahikoa zen emakumeek inkesta baten 7 galderetako bati «baitz» erantzutea. Egia esan, babesleak pozez txoratzen egonagatik ere, ikerlarien artean zalantzak ziren nagusi, emakumezkoen sexu-disfuntzioaren definizio zehatzaren inguruan, eta zenbaitek ukatu ere egin zuten izen hori zeraman afektio medikorik zegoenik. Horik honako galdera hau ondorioztatu zen: emakumezkoen sexu-disfuntzioa, farmazia-industriaren marketin-asmakizuna ote?

Aurreikustekoa zenez, horrekin bat ez zetozenak, mahainguruaren moderatzaileria bezala, farmazia-konpainia babesleentzako aholkulari-lanetan aritutakoak ziren. Beste aldean, baitz uste zutenak, hau da, farmazia-industria bere interesen aldeko emaitzak sustatzen ari zela ziotenak, Leonore Tierfer psikiatria-irakaslea buruan, kezkatuta ageri ziren emakumeen sexualitate medikalizatzen ari zelako, sexu-desiran normalak diren gorabeherak farmakoekin trata daitekeen osasun-arazo bihurtuz. Leonore Tierferrek «Gaur ezin dut, maitea, zakurrak nire testosterona-partxea jan du-eta» izenburua zuen idazkiaren aurkezpenean esan zuenez «Emakumeen arazo eta gogobetetze sexuak askoz ere zerikusi handiagoa dute bikote-zailtasunekin, eguneroko estresarekin eta kultura-itxaropenekin klitoriaren odol-fluxuarekin eta testosterona-mailekin baino. Ez erori farmazia-konpainiek finantzaturako marketinean».

Editorial

Desde que el sildenafilio (Viagra®) fue lanzado al mercado en 1998, millones de hombres han sido tratados con éste y otros fármacos del mismo grupo, sin duda con un beneficio importante para los pacientes con disfunción eréctil (DE) (principalmente en aquellos con causa orgánica como diabetes, prostatectomía, etc.) que hasta la fecha no contaban con tratamientos aceptables. Y por qué no decirlo, con beneficios considerables para las empresas farmacéuticas, que no dudaron en extender el uso de estos fármacos a una población mucho más amplia de hombres. Para ello fue «necesario» redefinir la prevalencia de DE susceptible de ser tratada, utilizando los resultados del estudio Massachusetts Male Aging Study, según el cual la prevalencia de DE se ampliaba hasta el 52% de los hombres de 40-70 años (incluyendo un 17% que presentaba una mínima afectación). De esta manera, los poderosos fármacos se convertían en una opción de tratamiento para la mitad de los hombres y se animaba el floreciente mercado de los fármacos de estilos de vida o de uso lúdico en el campo de la sexualidad.

Pero las cosas no quedaron ahí y llegó el turno de las mujeres. El primer paso necesario para abarcar este nuevo mercado fue definir un diagnóstico médico con características medibles que facilitase el diseño de ensayos clínicos creíbles. Se celebró entonces en París un multitudinario encuentro internacional sobre disfunciones sexuales, con cientos de prestigiosos investigadores, terapeutas y médicos de todo el mundo, patrocinado por compañías farmacéuticas. Nuevamente, se presentaron los «impactantes» resultados de una encuesta (JAMA, 1999): el 43% de las mujeres entre 18 y 59 años padecían disfunción sexual. Para considerar este «diagnóstico», bastaba con que contestaran «sí» a uno de los 7 ítems de una encuesta. Ciertamente, a pesar del entusiasmo de los patrocinadores, en el colectivo investigador prevalecieron dudas sobre la exacta definición de la disfunción sexual femenina, y hubo quienes rechazaron que existiese una afección médica con semejante denominación. Y la pregunta que quedó sobre la mesa fue: ¿es la disfunción sexual femenina una creación de marketing de la industria farmacéutica?

Como era de esperar, quienes afirmaban que no era así, al igual que el propio moderador de la mesa redonda, habían trabajado como asesores de las compañías farmacéuticas patrocinadoras. En el otro lado, quienes pensaban que sí, que la industria farmacéutica estaba promoviendo resultados favorables a sus intereses, con la profesora de psiquiatría Leonore Tierfer al frente, mostraron su preocupación por la medicalización de la sexualidad de las mujeres, haciendo que los altibajos normales en el deseo sexual devinieran en un trastorno susceptible de ser tratado con fármacos. «Los problemas y las satisfacciones sexuales de las mujeres tienen mucho más que ver con las dificultades de pareja, el estrés del día a día y las expectativas culturales que con el flujo sanguíneo del clitoris y los niveles de testosterona. No te dejes llevar por el marketing financiado por las compañías farmacéuticas, disfrazado de ciencia o educación», afirmaba Leonore Tierfer, tras la presentación de su escrito: «Esta noche no, querido, el perro se ha comido mi parche de testosterona».

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

La disfunción eréctil (DE) se define como la incapacidad persistente de lograr o mantener una erección lo suficientemente firme como para conseguir una relación sexual satisfactoria¹⁻³. A lo largo de la vida cualquier hombre puede presentar dificultades en la erección de forma aislada o episódica.

Los datos publicados acerca de la prevalencia de la DE son muy dispares⁴, entre el 1% y el 52%, dependiendo de las características de la población estudiada (sobre todo la edad), y de cómo se defina la DE.

Además de la edad, los factores de riesgo que más se relacionan con la DE son la presencia de determinadas enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad, dislipemia, enfermedad cardiovascular), el tabaquismo, el alcohol, el uso de algunos fármacos (como la mayoría de los antihipertensivos y antidepresivos, principalmente los ISRS) y los factores psicosociales (depresión, estrés)^{1,2}. Son factores protectores para la DE la actividad física, los estilos de vida saludables y la actividad sexual regular².

La base del diagnóstico es una historia clínica detallada, que incluya: inicio y presentación, evolución, circunstancias, presencia y duración de erecciones parciales o involuntarias, rigidez nocturna, así como la valoración de enfermedades concomitantes o el uso de fármacos.

La DE orgánica es progresiva, mientras que la DE psicógena suele ser de origen brusco, circunstancial y puede coincidir con problemas personales. Con frecuencia suele ser de origen mixto³.

TRATAMIENTO

La DE habitualmente responde a una combinación de modificaciones sobre el estilo de vida y tratamiento farmacológico².

• Modificaciones de estilos de vida

Se recomienda la pérdida de peso, el abandono del hábito tabáquico, reducir el consumo de alcohol y fomentar la actividad física². En pacientes obesos con DE, la pérdida de peso y el incremento de la actividad física se asocia con una mejora de la DE en un tercio de los pacientes⁵.

• Tratamiento farmacológico (Ver fármacos en la Tabla 1)

- El tratamiento de elección de la DE son los **inhibidores de la fosfodiesterasa-5 (FDE-5)**^{2,3,5,6}. Estos fármacos son más eficaces que el placebo en mejorar la erección (69% vs 35%). Sildenafil, vardenafil y tadalafilo tienen una eficacia y seguridad similares⁵. Se dispone de más datos sobre seguridad a largo plazo con sildenafil. Se desconoce si los pacientes que no responden a un inhibidor de la FDE-5 pueden responder adecuadamente a otro fármaco del mismo grupo.

Sildenafil y vardenafil tienen un inicio de acción de 30 minutos y una duración de acción de 4 horas (hasta 8-12 horas en DE leve a moderada), mientras que tadalafilo tiene un inicio de acción más rápido (16 minutos) y su duración de acción es más prolongada (hasta 36 horas). La absorción de tadalafilo depende menos de la ingesta de comidas grasas y de alcohol.

Habitualmente, los inhibidores de la FDE-5 se administran a demanda.

Tadalafilo a dosis bajas puede utilizarse de forma diaria. Esta pauta no se recomienda en caso de pacientes con insuficiencia renal grave. En pacientes con insuficiencia hepática no hay información suficiente⁵.

Una contraindicación absoluta es la utilización conjunta de estos fármacos con nitratos. Además, si un paciente toma inhibidores de la FDE-5 y presenta dolor precordial, debería evitarse la toma de nitratos en las primeras 24 horas (48 horas en el caso del tadalafilo, por su duración de acción más prolongada)².

- El **alprostadilo intracavernoso** es un fármaco de segunda línea, cuando los inhibidores de la FDE-5 están contraindicados o no se toleran, ya que tiene el inconveniente de la vía de administración y de sus efectos adversos potencialmente graves^{3,5}.

• Psicoterapia

La psicoterapia, sola o en combinación con los inhibidores de la FDE-5, puede ser de ayuda en aquellos pacientes cuya DE esté producida por depresión o ansiedad⁵.

EYACULACIÓN PRECOZ

No existe una definición de la eyaculación precoz (EP) universalmente aceptada. Dependiendo de la definición que se utilice (DSM-III, DSM-IV, etc.) su prevalencia es extremadamente variable⁷. En el año 2008, la Sociedad Internacional de Medicina Sexual consensuó la definición de EP como «una disfunción sexual masculina caracterizada porque la eyaculación ocurre siempre o casi siempre durante el primer minuto después de la penetración vaginal, la incapacidad de retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales, y las consecuencias personales negativas, tales como malestar, angustia, frustración, y/o la evitación de relaciones sexuales»⁸.

Las causas más frecuentes de la EP son psico-emocionales: la respuesta condicionada a partir de las primeras experiencias coitales realizadas con prisas y nerviosismo, vividas como fracasos y que perduran en los sucesivos encuentros; problemas en las relaciones de pareja, ansiedad, etc. Otros factores que influyen en la latencia eyaculatoria son la intensidad de la excitación, influenciada por la novedad o el tipo de estímulo, y la capacidad de control que el hombre va adquiriendo a lo largo de su vida sexual⁹.

Las causas orgánicas representan una minoría (prostatitis, uretritis, hipertrofia prostática, alteraciones genitourinarias locales, algunas enfermedades neurológicas y fármacos o sustancias estimulantes)⁹. Se puede descartar etiología orgánica si la persona controla la eyaculación en los juegos eróticos o en la masturbación, pero no en la penetración.

Ante un problema de EP es necesaria una evaluación detallada de la historia sexual que incluya: el tiempo aproximado de latencia, las circunstancias que empeoran o mejoran el problema, si es primaria (presenta EP desde sus primeras experiencias coitales) o secundaria (ha mantenido un control satisfactorio hasta que el problema aparece en un momento determinado), la vivencia y actitud del hombre y la de su pareja ante el problema, las expectativas, indagar sobre la información sexual previa, etc.⁹

TRATAMIENTO

La EP es uno de los trastornos que mejor responden a la terapia sexual y psicológica, enfocada a superar creencias falsas y modelos sexuales exigentes, rebajar la ansiedad, mejorar la respuesta eyaculatoria y ayudar a que la persona viva sus relaciones sexuales de manera satisfactoria. Es importante incluir a la pareja en las sesiones de orientación y tratamiento⁹.

• Terapia psicológica

Debería realizarse por un profesional con formación específica en sexología. Existen algunas técnicas específicas para tratar la EP (técnica de compresión del glande, técnica de parada, técnica de focalización sensorial)⁹.

• Tratamiento farmacológico (Ver fármacos en la Tabla 1)

Los **fármacos ISRS** retrasan el tiempo de latencia eyaculatorio. La paroxetina ha sido el más utilizado hasta ahora en la EP, pero no tiene la indicación aprobada.

La dapoxetina es un ISRS de inicio de acción rápido y el primer medicamento autorizado para el tratamiento de la EP, en hombres de 18 a 64 años de edad. En diversos ensayos clínicos, dapoxetina administrada a demanda (1-3 horas antes de la actividad sexual), ha demostrado aumentar 0,7 minutos el tiempo de latencia eyaculatorio intravaginal (TLEI) con respecto a placebo. Se observó una cierta mejora en la satisfacción de las relaciones sexuales: aproximadamente un hombre de cada cinco fue

calificado como respondedor y una de cada cinco mujeres (compañeras sexuales) refirieron una mejoría con respecto a placebo. La eficacia no se mantiene al interrumpir el tratamiento¹⁰.

Respecto a otros ISRS, en un ensayo clínico paroxetina mostró ser más eficaz que dapoxetina, utilizados ambos diariamente, en el aumento del TLEI (5,3 min vs 2,1 min)¹⁰.

El perfil de seguridad de la dapoxetina es similar al de otros ISRS, con una importante excepción, la mayor frecuencia de hipotensión ortostática y síncope. Por ello, antes de iniciar el tratamiento, se debe realizar una prueba ortostática (presión sanguínea y pulso en posición supina y de pie).

Debido a su modesta eficacia y al potencial de efectos adversos e interacciones, no se recomienda su uso generalizado y debe valorarse la relación beneficio-riesgo de dapoxetina en cada paciente antes y durante el tratamiento.

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: ¿de qué estamos hablando?

Bajo el epígrafe de «disfunción sexual femenina» (DSF), el DSM-IV incluye los trastornos del deseo sexual (trastorno hipoactivo del deseo sexual), de la excitación, del orgasmo, así como la dispareunia.

El trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH) se ha definido como una disminución (o ausencia) persistente o recurrente de fantasías, pensamientos sexuales y/o deseo de receptividad o de respuesta, que causa distrés. En la actualidad no hay unanimidad sobre si la disminución del deseo sexual en las mujeres se considera o no una entidad clínica; incluso hay quién opina que la disfunción sexual y el TDSH son enfermedades creadas por la industria farmacéutica¹¹. Las cifras de prevalencia del TDSH son muy controvertidas, ya que partimos de una definición cuanto menos dudosa¹².

Los factores hormonales (estrógenos, andrógenos) están involucrados en la respuesta sexual femenina, pero se desconoce hasta qué punto intervienen. La función sexual está fuertemente determinada por los factores socioculturales y por la relación de pareja, además de la salud mental y física. La historia de abusos sexuales o físicos se asocia de forma clara con la disfunción sexual femenina. La menopausia se asocia con un aumento de la sequedad vaginal y dispareunia. Por lo demás, el efecto de la edad y de la menopausia sobre la sexualidad es muy variable¹³.

En general, los problemas sexuales aumentan con la edad, pero alcanzan un pico a la edad de 45 a 64 años y disminuyen después. La contracepción hormonal no parece interferir con la función sexual femenina. La depresión y la ansiedad se asocian de forma clara con la disfunción sexual femenina, así como otras condiciones clínicas y la toma de algunos fármacos¹³.

TRATAMIENTO

Las terapias no farmacológicas constituyen el tratamiento de elección. Los tratamientos farmacológicos disponibles tienen una eficacia limitada y se asocian con efectos adversos relevantes¹⁴.

• Tratamiento no farmacológico¹⁴

– Modificaciones de estilos de vida

El cansancio, el estrés o la falta de privacidad contribuyen a disminuir el deseo y la función sexual. Se recomiendan, entre otras, las técnicas de relajación, el ejercicio, mejorar la imagen corporal, planificar de forma ocasional un tiempo libre de responsabilidades familiares, introducir novedades en la relación sexual, fortalecer la musculatura pélvica, etc.

– Terapia sexual y de pareja

La terapia de pareja es efectiva cuando hay conflictos en la relación o problemas de comunicación. Teniendo en cuenta la eficacia y seguridad de la terapia sexual, ésta debería considerarse siempre un requisito indispensable previo a la terapia farmacológica.

En caso de sequedad vaginal y dispareunia son eficaces los lubricantes.

• Tratamiento farmacológico (Ver fármacos en la Tabla 1)

– Testosterona¹²

El parche transdérmico de testosterona está autorizado para el tratamiento del TDSH en mujeres ooforectomizadas bilateralmente e histerectomizadas que reciben tratamiento concomitante con estrógenos. En estas mujeres, el tratamiento durante 6 meses tiene una eficacia modesta frente a placebo (aumento de un episodio sexual satisfactorio mensual respecto a placebo, siendo la actividad basal de tres episodios sexuales satisfactorios mensuales). Aproximadamente la mitad de las mujeres no responden al tratamiento.

Los efectos adversos más frecuentes son los andro-

génicos (hirsutismo, acné o alopecia), que son irreversibles en un 30-60% de los casos. La corta duración de los estudios no permite conocer sus efectos a largo plazo, como los efectos a nivel cardiovascular o sobre el cáncer de mama.

– Estrógenos y relacionados¹⁴

Estrógenos sistémicos. En el estudio WHI realizado en 27.000 mujeres postmenopáusicas, el tratamiento con estrógenos con/sin progestágenos no mejoró la satisfacción sexual. No obstante, en las mujeres con una vida sexual previa satisfactoria, el tratamiento de los síntomas vasomotores de la menopausia podría mejorar los problemas sexuales relacionados con estos síntomas, siempre valorando la relación beneficio/riesgo.

Estrógenos tópicos. Los estrógenos administrados por vía tópica mejoran la atrofia vaginal y la dispareunia, por lo que son el tratamiento preferido si no hay indicación de tratamiento sistémico con estrógenos.

Tibolona. Sus beneficios para el tratamiento de la disfunción sexual femenina son modestos y no superan los riesgos.

– Inhibidores de la fosfodiesterasa-5

Estos fármacos no están aprobados para su uso en mujeres. Los resultados obtenidos en los estudios con sildenafil son controvertidos. En un ensayo aleatorizado que incluyó alrededor de 800 mujeres pre y postmenopáusicas con disfunción sexual tratadas con sildenafil durante 12 semanas, el fármaco no fue más eficaz que el placebo en mejorar la frecuencia de encuentros sexuales satisfactorios¹⁵. No hay estudios con el resto de inhibidores de la FDE-5.

Tabla 1. **Fármacos para el tratamiento de la disfunción sexual masculina y femenina**
(Fichas técnicas disponibles en: <https://sinaem4.agedmed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>)

	POSOLOGÍA	EFFECTOS ADVERSOS, PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES
Disfunción eréctil		
Sildenafil (Vizarsin®, Viagra®) ¹ 25 mg 4 comp (40 €) 50 mg 1*, 4, 8 y 12* comp (10, 40, 74 y 106 €) 100 mg 1*, 4, 8 y 12* comp (14, 45, 84 y 123 €)	50 mg a demanda entre 30 minutos y 4 horas antes de la actividad sexual Dosis máxima: 100 mg/día Los alimentos, especialmente las grasas, retrasan el inicio de su acción hasta 1 hora	<ul style="list-style-type: none"> - No se recomienda tomar más de una dosis en 24 horas - Pueden requerir ajuste de dosis en caso de insuficiencia renal o hepática - Contraindicados con nitratos - Precaución en pacientes con antecedentes recientes de enfermedad cardiovascular, hipotensión en reposo o hipertensión grave, insuficiencia cardíaca o angina inestable
Tadalafil (Cialis®) 10 mg 4 comp (61 €) 20 mg 4 y 8 comp (61 y 116 €) diario 5 mg 28 comp (122 €)	10 mg a demanda entre 30 minutos y 12 horas antes de la actividad sexual Dosis diaria (uso diario): 2,5-5 mg/día Dosis máxima: 20 mg/día Administrar con o sin alimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Ajuste de dosis con α-bloqueantes e inhibidores de CYP3A4 (eritromicina, claritromicina, itraconazol, ketoconazol, ritonavir, ...) - Si se presentase una alteración visual súbita, interrumpir el tratamiento
Vardenafil (Levitra®) 10 mg 2, 4 y 8 comp (34, 58 y 100 €) 20 mg 2, 4 y 8 comp (40, 63 y 117 €) 5 mg 4 comp (53 €)	10 mg a demanda 60 minutos antes de la actividad sexual Dosis máxima: 20 mg/día Los alimentos, especialmente las grasas, retrasan el inicio de su acción hasta 1 hora	<ul style="list-style-type: none"> - Acudir al hospital si la erección dura más de 4 horas - Efectos adversos: rubor, cefalea, dispepsia, náuseas, mialgias, alteración de la visión (visión azul que desaparece de forma espontánea, y raramente neuropatía óptica isquémica), síncope
Alprostadilo (Caverject®) 10 μ g 1vial+jeringa (8,60 €) 20 μ g 1vial+jeringa (13,71 €) (requiere visado de inspección)	Inyección intracavernosa directa: 1,25-5 μ g según etiología	<ul style="list-style-type: none"> - Contraindicado en condiciones que predispongan al priapismo o en pacientes con deformidades anatómicas del pene o con implantes - Efectos adversos: dolor en el pene, hipertensión, dolor de cabeza, priapismo, fibrosis, entumecimiento, edema, etc.
Eyacuación precoz		
Dapoxetina (Priligy®) 30 mg 3 y 6 comp (35 y 70 €) 60 mg 3 y 6 comp (45 y 89 €)	30-60 mg entre 1-3 horas antes de la actividad sexual Dosis máxima: 60 mg/día	<ul style="list-style-type: none"> - Contraindicado con ISRS, IRSN, ATC, IMAO, inhibidores potentes de CYP3A4 (ketoconazol, itraconazol, telitromicina, ritonavir, saquinavir, nelfinavir, atazanavir...), <i>Hypericum Perforatum</i> - Efectos adversos: hipotensión ortostática y síncope, cefaleas, mareos, náuseas, diarrea, insomnio, cansancio...
TDSH en ooforectomizadas bilateralmente e hysterectomizadas con tratamiento concomitante con estrógenos		
Testosterona (Intrinsa®) 300 μ g 8 parches (50 €)	Dosis 300 μ g/día. Aplicar 2 veces por semana	<ul style="list-style-type: none"> - Efectos adversos: manifestaciones de virilización (acné, pérdida de pelo, voz más grave, hirsutismo o clitoromegalia), pueden ser irreversibles

¹ Se recogen las presentaciones de Vizarsin® y sus precios (un 25% menores que los de Viagra®). Las presentaciones señaladas con asterisco * no están comercializadas para Viagra®; no obstante, Viagra® tiene la presentación de 50 mg 2 comp (30 €).

BIBLIOGRAFÍA

1. Spark RF. Overview of male sexual dysfunction. In: UpToDate® Online 17.3. Disponible en: www.uptodate.com. Rose, BD (Ed), UpToDate ONLINE 2010. [Accedido el 02/02/2010].
2. Erectile dysfunction. CKS. Disponible en: <http://www.cks.library.nhs.uk/erectiledysfunction>. [Accedido el 02/02/2010].
3. Cereceda R, Mayado T, Calle MD. Disfunción eréctil. AMF. 2009;5(6):327-38.
4. Lexchin J. Bigger and Better. How Pfizer Redefined Erectile Dysfunction. PLOS Medicine. 2006;3(4):429-32.
5. Spark RF. Treatment of male sexual dysfunction. In: UpToDate® Online 17.3. Disponible en: www.uptodate.com. Rose, BD (Ed), UpToDate ONLINE 2010. [Accedido el 02/02/2010].
6. Tsertsvadze A, Fink HA, Yazdi F, MacDonald R, Bella AJ, Ansari MT, et al. Oral phosphodiesterase-5 inhibitors and hormonal treatments for erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med. 2009;151(9):650-61.
7. Waldinger MD, Schweitzer DH. The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: a contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSM-V. J Sex Med. 2008;5(5):1079-87.
8. International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for Definition of Premature Ejaculation. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. BJU Int. 2008;102(3):338-50.
9. Cereceda R, Calle MD. Eyaculación precoz. AMF. 2007;3(5):285-9.
10. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos del País Vasco. Nuevo Medicamento a Examen: Dapoxetina. Ficha Nº 164 2010. Disponible en: <http://www.osanet.euskadi.net>
11. Moynihan R. The marketing of a disease: female sexual dysfunction. BMJ. 2003;326(7379):45-7.
12. Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos del País Vasco. Nuevo Medicamento a Examen: Testosterona parche transdérmico. Ficha Nº 138. 2008. En: <http://www.osanet.euskadi.net> [Accedido el 02/02/2010].
13. Shifren JL. Sexual dysfunction in women: Epidemiology, risk factors, and evaluation. In: UpToDate Online 17.3. Disponible en: www.uptodate.com. Rose, BD (Ed), UpToDate ONLINE 2010. [Accedido el 02/02/2010].
14. Shifren JL. Sexual dysfunction in women: Management. In: UpToDate Online 17.3. Disponible en: www.uptodate.com. Rose, BD (Ed), UpToDate ONLINE 2010. [Accedido el 02/02/2010].
15. Basson R, McInnes R, Smith MD, Hodgson G, Koppiker N. Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. J Womens Health Gend Based Med. 2002;11(4):367-77.

Fecha de revisión bibliográfica: marzo 2010

Se recuerda la importancia de notificar los efectos adversos a la Unidad de Farmacovigilancia
Teléfono 94 400 7070 · Fax 94 400 7103 · correo-e: farmacovigilancia@osakidetza.net

Se han recibido últimamente numerosas peticiones de personas que prefieren dejar de recibir en formato papel tanto el INFAC, como la ficha Nuevo Medicamento a Examen, por tenerlas disponibles en la web. Si alguien prefiere no recibir estas publicaciones en papel puede mandar un correo electrónico a la siguiente dirección: cevime4-san@ej-gv.es

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Arrixtu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Itxasne Gabilondo, Leire Gil, Ana Isabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jai, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Ollolquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



OSASUN ETA KONTSUMO SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritza Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1576054-X · D.L.: BI-587-99

Imprime: Gráficas Varona