

## Artículo Algoritmos de atención

### Diagnóstico y tratamiento de la eyaculación precoz

*Diagnosis and treatment of premature ejaculation*

Dra. Yamira Puentes Rodríguez\*, MsC. Elvia de Dios Blanco\*\*

\*Especialista en Psiquiatría, terapeuta sexual, profesora auxiliar. Centro Salud mental Centro Habana.

\*\* Especialista en Fisiología, Máster en sexualidad y en salud mental, profesora auxiliar, miembro del equipo de salud mental para la atención a personas transexuales y del equipo de atención a los malestares sexuales del Centro Nacional de Educación Sexual.

[yamira@infomed.sld.cu](mailto:yamira@infomed.sld.cu); [ddios@infomed.sld.cu](mailto:ddios@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

La eyaculación precoz (EP) es el segundo motivo de consulta más frecuente en los servicios de Sexología Clínica en Cuba, por lo cual se decide diseñar su protocolo de atención para los grupos multidisciplinarios, a través de una investigación descriptiva aplicada, con el propósito de aportar el método científico cubano de atención clínica a la EP y homogeneizar su abordaje en el país. Se revisó literatura actualizada y el Manual de Buenas Prácticas Europeo, con la incorporación de la experiencia clínica de las autoras. Para el desarrollo se acuerda el modelo siguiente: conceptualización, fisiología de la eyaculación, epidemiología, clasificación, etiología, caracterización clínica, evaluación con las preguntas que no deben faltar en la entrevista, exámenes complementarios y recomendaciones terapéuticas; se presentan dos paradigmas de tratamiento: el contemporáneo, que propone iniciar con los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS), y otro conciliador, que propone la terapia conductual y los ISRS, en especial la sertralina, utilizada con éxito en nuestro país. Se recomienda que la EP no sea tratada por los especialistas de Medicina General Integral; al identificarla, remitir los casos a la comisión municipal, provincial o nacional de atención a la salud sexual. Los pilares del tratamiento son: las técnicas de aprendizaje o reaprendizaje para el control eyaculatorio (parada y arranque, entre otras), disminución de la ansiedad, mejorar la comunicación con la pareja y mejorar la autoestima. Se proponen técnicas auxiliares para el control eyaculatorio.

Palabras claves: eyaculación precoz, etiología, terapéutica.

#### ABSTRACT

*The premature ejaculation (PE) is the second most frequent consulting reason in the Clinical Sexology Services in Cuba. Therefore, a design of a care protocol for multidisciplinary groups, through an applied descriptive research, was designed. The aim was to provide a Cuban scientific method for EP clinical care and to homogenize its approach in the country. Updated literature and the European Handbook of Good Practices were reviewed, and the clinical experience of the authors was incorporated. For the development, the following model is agreed: conceptualization, physiology of ejaculation, epidemiology, classification, etiology, clinical characterization, evaluation with questions not to be missed in the interview, complementary examinations and therapeutic recommendations. Two paradigms of treatment are presented: the contemporary one, that proposes starting with selective*

*serotonin reuptake inhibitors (SSRI), and the conciliatory one, that proposes behavioral therapy and SSRI, especially sertraline, successfully used in our country. PE is recommended not to be treated by the specialists of Integral General Medicine. If identified, the cases must be referred to the municipal, provincial or national commission for sexual health care. The pillars of treatment are: learning techniques for ejaculatory control (stop and start, among others), anxiety decrease, communication improvement with the couple, and self-esteem improvement. Auxiliary techniques for ejaculatory control are proposed.*

*Keywords: premature ejaculation, etiology, therapeutics.*

## **Conceptualización**

No existe un acuerdo para la conceptualización de la eyaculación precoz (EP). Ante la necesidad de hablar un lenguaje común entre los investigadores del tema, la Sociedad Internacional de Medicina Sexual (ISSM) desarrolló un consenso en el cual propone tres componentes esenciales para su definición (1):

- tiempo de latencia eyaculatoria de un minuto o menos después de la penetración,
- imposibilidad de retardar la respuesta eyaculatoria y/o percibir las sensaciones previas a la eyaculación,
- la presencia de distress u otra consecuencia negativa para el individuo, su pareja o ambos.

Las autoras consideran que el criterio de durabilidad de los síntomas para realizar el diagnóstico debe ser de seis meses.

El *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales* de la Asociación Psiquiátrica Americana en su quinta edición (DSM-5) define la EP como un patrón persistente o recurrente de eyaculación que ocurre durante la actividad sexual en pareja en menos de aproximadamente un minuto después de la penetración vaginal y antes de que el individuo lo desee (2).

Ambas definiciones, dadas por expertos en Medicina Sexual, coinciden en que el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal mínimo es de un minuto para establecer la existencia de EP; el grupo cubano considera más importante el hecho de que la persona siempre o casi siempre eyacule antes de desearlo y que esto le determine distress para él, la pareja o ambos.

## **Fisiología de la eyaculación**

La eyaculación es una respuesta fisiológica, mientras que el orgasmo es una respuesta psicofísica global. La eyaculación es un fenómeno objetivo y el orgasmo es una sensación subjetiva secundaria a mensajes eróticos de los receptores distribuidos por todo el cuerpo (3).

El reflejo eyaculatorio consta de dos etapas: la emisión y la eyaculación propiamente dicha. La emisión se define como la deposición del líquido seminal a partir de los conductos eyaculadores en la uretra prostática, y la eyaculación es la propulsión del semen desde la uretra prostática distalmente hacia el meato uretral.

El semen está conformado por los espermatozoides producidos por los testículos, el fluido prostático y la secreción procedente de las vesículas seminales y las glándulas peri-uretrales. Comienza a formarse a nivel de los testículos y sigue el trayecto de las vías

---

espermáticas por contracciones de la cola del epidídimo y porciones distales de los conductos deferentes.

Ondas peristálticas permiten que el bolo seminal se desplace a lo largo de las vías espermáticas hasta alcanzar la uretra prostática. Al producirse la rigidez cavernosa, el pene se transforma en un conducto para el transporte seminal. Con el fin de impedir la emisión retrógrada, el cuello vesical debe permanecer cerrado. Además, el cierre concomitante del esfínter estriado de la uretra durante la emisión, crea un gradiente de presión intrauretral que se asocia con la sensación de eyaculación inminente.

Luego de la emisión comienza la eyaculación con la relajación del esfínter estriado de la uretra, la contracción persistente del esfínter liso y las contracciones rítmicas de la uretra prostática, la uretra peneana y los músculos de la base del pene. El bolo seminal es propulsado hasta el meato uretral por la acción de los músculos isquiocavernosos y bulbocavernosos y la contracción de los tejidos peri-uretrales y el piso perineal. Estos movimientos culminan con la eliminación del esperma a través del meato urinario por contracciones clónicas, de 0.8 segundos de duración, de la última parte de la uretra peneana. Se piensa que parte de las sensaciones orgásmicas que tienen lugar durante la eyaculación, deriva del volumen del líquido seminal emitido y de la capacidad de este para distender la uretra.

## **Epidemiología**

La EP es un problema sexual masculino muy común que afecta aproximadamente a 29 % de los hombres, aunque estos datos varían considerablemente y van de 1 % a 75 %, dependiendo de la muestra y los criterios diagnósticos utilizados para definir la EP (4,5). Es más frecuente entre los 20 y 40 años de edad, y su pronóstico es favorable cuanto más temprano asista la persona a consulta.

## **Clasificación**

Dentro de las clasificaciones actuales se explica la de Metz y Pryor por considerarla la más abarcadora (6).

### *Según etiología*

#### Biogénica:

- por constitución neurológica: predisposición innata a eyacular rápidamente;
- por enfermedad física: prostatitis, infecciones urinarias y otras;
- debido a lesión física: daño medular y otros;
- por efecto secundario farmacológico a causa de retirada de ciertas drogas.

#### Psicogénica:

- constitución psicológica: trastornos psiquiátricos crónicos: por ejemplo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y otros;
  - angustia psicológica por dificultades psicológicas transitorias;
  - trastorno de la relación: conflictos de la relación de pareja no resueltos;
  - déficit de habilidades psicosexuales: ausencia de experiencia y habilidades sexuales.
-

### *Según inicio*

Primario (de toda la vida):

- constitución neurológica,
- constitución psicológica,
- déficit de habilidades psicosexuales.

Secundario (adquirido):

- por enfermedad física,
- por lesión física,
- por efecto secundario farmacológico,
- por angustia psicológica,
- por trastorno de la relación.

### *Según contexto*

- general (en todas las situaciones y con todas las parejas),
- situacional (en algunas situaciones y no con todas las parejas).

### *Según intensidad de la afección*

- Ligera: la eyaculación ocurre después de la penetración y al sujeto le da tiempo a realizar algunos movimientos o empujes.
- Moderada: la eyaculación ocurre inmediatamente después de la penetración.
- Severa: la eyaculación ocurre antes de la penetración.

### **EP asociada con otra disfunción sexual**

- Disfunción sexual eréctil,
- Deseo sexual hipoactivo,
- Otras.

### **Etiología**

De manera general se divide para su estudio en orgánicas o biogénicas y psicológicas o psicogénicas.

Entre las causas orgánicas, tenemos las infecciones urinarias, prostatitis (7), diabetes mellitus, polineuropatías y trastornos neurológicos degenerativos (8). Omu y colaboradores hablan de escasos niveles del magnesio en el semen de eyaculadores precoces, sin precisar la causa que explique este trastorno (9). Otras teorías sugieren que la EP se produce debido a una hipersensibilidad del glande (3).

Se reporta que la infección por Chlamydia Trachomatis produce una alta prevalencia de EP en pacientes con prostatitis crónica (10,11).

Waldinger señala la importancia de condicionantes genéticos en la producción de EP, y en sus estudios concluye que la EP se debe a una hipofunción de los receptores 5HT2c o a una

---

hiperfunción de los 5HT1a, ambos receptores serotoninérgicos. Este autor es actualmente uno de los que más investigaciones aporta al campo de la EP y de la serotonina como uno de los neurotransmisores mayormente implicados en dicho trastorno (12-14).

Otros de los neurotransmisores involucrados en la fisiopatología de la EP son la oxitocina, la dopamina, el ácido gamma aminobutírico y la norepinefrina. De todas estas sustancias, en la oxitocina se centra la atención de los investigadores (15,16).

Al margen de que las teorías biológicas ganan cada día más adeptos, para un grupo de autores son las causas psicológicas las que predominan en la explicación etiológica.

Kolodny, Masters y Jonhson señalan los aprendizajes inadecuados, por primeras experiencias en el coito realizadas bajo el temor de ser descubierto, como causa de EP (17), lo cual se presenta en la práctica clínica (por ejemplo, por primeras actividades sexuales en dormitorios comunes de las becas).

Las teorías conductuales concluyen que la causa de la EP es la ansiedad, la cual contribuye a que decrezca la latencia eyaculatoria (18), en muchos casos asociada a depresión; en ocasiones es difícil establecer si la ansiedad y la depresión son causas o consecuencias de la EP. Debe destacarse que la ansiedad es estadísticamente más importante en los casos de EP que en la disfunción eréctil y en los trastornos del deseo sexual.

En otros casos la ansiedad es innata y desencadena la eyaculación por exceso de circulación de neurotransmisores adrenérgicos, adrenalina y noradrenalina (19,20).

Debe enfatizarse que los estudiosos del tema concuerdan en que la ansiedad siempre acompaña a la EP, y es frecuente que los sujetos afectados por esta entidad refieran permanentemente una situación de ansiedad crónica. Es clásico en las consultas de sexología que si el sujeto sabe que su pareja no alcanza el orgasmo en repetidas ocasiones, se desarrolla la ansiedad, estableciéndose un círculo vicioso: EP-ansiedad y EP repetidamente.

### **Caracterización clínica**

Generalmente acude a consulta un joven entre 25 a 30 años, preocupado por la queja de su pareja de que él eyacula muy rápido. Durante el interrogatorio se constata que la disfunción está presente desde el inicio de su vida sexual y que la pareja generalmente no alcanza el orgasmo durante el coito. En el survey de actitud y prevalencia de la EP, solo 53 % de las parejas de los hombres con EP experimentaban más o menos regularmente el orgasmo, en contraste con 84 % de las parejas de los hombres sin EP (21).

Los sujetos con EP tratan de evitar la actividad sexual, porque esta les genera gran frustración, a no ser que hayan aprendido formas alternativas para satisfacer a la pareja, como la estimulación manual u oral por parte del hombre a la pareja hasta que alcanza el orgasmo y después él pasa a la penetración. Muchos viven una vida matrimonial estable y solo se presentan a pedir atención si pasa algo inesperado en su relación, generalmente un affaire extramatrimonial de la pareja (21).

Los hombres con EP evitan los juegos amorosos y en ocasiones llegan a la penetración con la erección débil.

La dimensión situacional tiene menos peso en la EP que en otras disfunciones. Es raro encontrar a un individuo que tiene relaciones sexuales con más de una pareja que afirme tener eyaculación precoz con una de ellas y con otras no. Pocos sujetos comentan haber sido eyaculadores con control durante un tiempo y haber perdido este control

---

posteriormente; cuando esto ocurre suele obedecer a motivos físicos, ansiedad o estrés intenso (22).

Resulta frecuente el uso de mecanismos inadecuados de enfrentamiento, como pensamientos distráctiles o maniobras dolorosas (pellizco, mordidas), y coito compensatorio y/o masturbación previa antes del coito; para ambas situaciones la consecuencia puede ser fallos en la erección. Otra de las formas para enfrentar la EP es el consumo de alcohol, que al principio retarda la eyaculación, posteriormente pierde su efecto y en ocasiones, por su consumo continuado, determina disfunción eréctil, la cual se suma a la EP (23).

Los eyaculadores precoces se aplican sustancias tópicas, fundamentalmente anestésicos. Este tipo de técnica puede disminuir la sensibilidad del pene, lo que podría llegar a provocar también disfunción eréctil e incluso, si no es bien empleado, anestesia vaginal.

Es necesario diferenciar la EP de la eyaculación rápida que ocurre al inicio de la vida sexual, porque el reflejo eyaculatorio, como todo reflejo, hay que aprender a controlarlo.

También acuden a consulta pseudoeyaculadores precoces, generalmente jóvenes que se quejan de eyacular rápido, lo cual es falso, pues sus expectativas del control eyaculatorio son muy altas.

Cuando coexisten EP y disfunción eréctil, combinación frecuente, lo más complicado es precisar si la disfunción eréctil es secundaria al trastorno eyaculatorio o es una eyaculación precoz compensatoria de una disfunción eréctil.

Se ha descrito el cuadro clínico para hombres heterosexuales, lo cual no exime su presencia en hombres homosexuales, a pesar de que en los manuales y consensos sexológicos solo hagan referencia para su diagnóstico al tiempo de latencia intravaginal.

## **Evaluación**

I. Confección de la historia clínica con aspectos que no deben faltar en el interrogatorio:

1. Precisar cuándo y dónde ocurre la eyaculación: en el juego amoroso, en las puertas de la vagina sin penetrar, al penetrar sin haber realizado ningún movimiento, al penetrar en los primeros dos a tres movimientos o después de cuatro a cinco movimientos.
2. Importante es saber si eyaculan espontáneamente sin pensamientos sexuales y en situaciones ajenas a cualquier tipo de actividad sexual.
3. Indagar si logra controlar la eyaculación durante la masturbación.
4. Precisar si ha estado en condiciones de abstinencia: ¿cuándo, cuánto y por qué? Podemos indagar aquí sobre enfermedad prolongada de él o su pareja, trabajo fuera del lugar de residencia, prisión, navegantes u otras condiciones que pudieran propiciar la abstinencia.
5. Detectar si existe disfunción eréctil.
6. Identificar si utiliza pensamientos distráctiles.

II. Exámenes complementarios

- Exámenes indispensables: glicemia y parcial de orina.
  - Pruebas neurofisiológicas (6): se pueden realizar, entre otras, el reflejo bulbocavernoso, potenciales evocados somatosensoriales y biodensimetría (medida
-

de la sensación vibratoria) en el glande del pene. Hasta el momento las normas para tales pruebas no han sido suficientemente establecidas.

- Si existe sospecha de prostatitis o alguna entidad urológica, se recomienda remisión a urología para realizar los exámenes oportunos.

### III. Cuestionarios

La literatura internacional recomienda el uso del cuestionario de Guindin y Huguet; se trata de un cuestionario autoadministrado que, a criterio de una de las autoras, no aporta elementos desde la práctica clínica para su uso.

## Tratamiento

Durante los últimos veinte a treinta años, el paradigma del tratamiento de la EP, anteriormente limitado a la psicoterapia conductual, se ha ampliado para incluir el uso de medicamentos. El tratamiento farmacológico se dirige a la modificación de los múltiples neurotransmisores y receptores implicados en el control de la eyaculación, que incluyen serotonina, dopamina, oxitocina, norepinefrina, ácido gamma amino-butírico (GABA) y el óxido nítrico (NO) (24). La evidencia actual sugiere que la terapia cognitivo conductual tiene un papel limitado en el tratamiento de la EP y confirma la eficacia y seguridad de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). La práctica profesional demuestra que el éxito de la terapia conductual se limita a los casos de EP establecida por aprendizajes inadecuados.

### Tratamiento a nivel comunitario por el médico de familia

Se recomienda al médico/a de familia que, si identifica casos de EP, los remita a los grupos municipales de atención a la salud sexual.

### Recomendaciones terapéuticas para los grupos a nivel municipal, provincial y nacional de salud sexual

A pesar del cambio de paradigma para el tratamiento de la EP, el tratamiento se inicia por la terapia sexual, ya que sus objetivos van más allá del control eyaculatorio, como aparece a continuación (25):

- utilizar técnicas de aprendizaje o reaprendizaje del control eyaculatorio,
- disminuir la ansiedad,
- mejorar la comunicación con la pareja,
- mejorar la autoestima.

Para su estudio dividiremos las técnicas de terapia sexual en:

- técnicas para desarrollarlas en pareja,
- técnicas específicas para el control eyaculatorio.



## **Técnicas para desarrollarlas en pareja**

### *Focalización sensorial (17)*

Su objetivo es conseguir que ambos miembros de la pareja identifiquen y tomen conciencia de sus propias sensaciones corporales (sensoriales y sexuales). El sujeto debe aprender a focalizar las sensaciones en su propio cuerpo y no en la pareja; al prohibir el coito, disminuye la ansiedad, frecuente en muchos hombres con EP.

Puede emplearse si el sujeto no tiene pareja, lo cual es frecuente en consulta. A veces la tiene pero decide asistir sin ella, para estos se orienta el reconocimiento de su propio cuerpo y el erotismo que lo acompaña.

En una primera etapa se orienta las caricias a todo el cuerpo exceptuando las zonas genitales, pene, vulva, glúteos y mamas. Este sistema de caricias es de modo alternativo entre ambos miembros de la pareja. El doctor Cabello no aconseja para la EP que inicie las caricias la persona afectada (22).

Posteriormente se pasa a la exploración de todas las zonas del cuerpo, incluidos los genitales, sin la intención de excitar, sino centrándose en las sensaciones que se producen al tacto. No se autoriza el coito. De esta forma se intenta eliminar las resistencias que provoca la ansiedad ante la actuación. Finalmente, se permite el coito sin exigencias, solo en el caso de haber superado las fases anteriores.

El uso de fantasías sexuales durante toda esta etapa es fundamental no solamente como inductoras internas del deseo sexual, sino para que el propio sujeto aprenda a reconocer su mundo erótico interno y se neutralicen los pensamientos distráctiles.

## **Técnicas específicas más utilizadas para el control eyaculatorio (3)**

### *Centradas en las sensaciones genitales*

*Autofocalización.* Concentra las percepciones táctiles en su propio cuerpo. La técnica no lleva obligatoriamente a la masturbación, aunque no está prohibida.

### *Técnicas de aprendizaje o reaprendizaje del control eyaculatorio*

Dentro de las estrategias terapéuticas, las técnicas más usadas son la de parada y arranque y la del apretón. A continuación se describen todas, las cuales deben ofrecerse a los sujetos, pues les pueden ser útiles en diferentes circunstancias.

*Técnica de parada y arranque (stop-start).* Se indica la autoestimulación (masturbación) con el objetivo de aprender a identificar las sensaciones que preceden a la inevitabilidad eyaculatoria. Una vez que la eyaculación está cerca, debe parar la autoestimulación, relajarse y comenzar de nuevo. Además, se le pide al sujeto que respire profundamente y contraiga fuertemente el ano, ya que de existir, como sostienen algunos autores, una correlación entre la eyaculación rápida y la latencia del reflejo bulbocavernoso, con este paso estamos dificultando que el reflejo se active (22). Tras un tiempo de entrenamiento, si tiene pareja se incorpora a esta. Ella lo estimula, advirtiéndole él, a través de una señal previamente pactada, cuando debe parar. Después se pasa a la estimulación vaginal en cabalgada, pidiéndole a ella que se detenga en el momento que él perciba el inicio de las sensaciones premonitorias al reflejo eyaculatorio. El procedimiento se debe repetir varias veces en cada ocasión, hasta ir consiguiendo el control eyaculatorio (26). Recomendamos el *stop/start* tres veces por sesión de autoestimulación, y una frecuencia de tres a cuatro veces en la semana.

---



Para iniciar el *stop/start* con la pareja a cabalgada, si el caso lo requiere, se pueden introducir los fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), explicados más adelante.

*Técnica de compresión o del apretón.* Igual que en la anterior se prescribe autoestimulación. Cuando el individuo se encuentra en el momento anterior a la inevitabilidad eyaculatoria, debe presionar el glande de la forma siguiente: colocar el pulgar sobre el frenillo; y los dedos índice y medio, justo encima y debajo de la corona del glande, respectivamente (17). La compresión debe ser vigorosa, pero no dolorosa.

*Ejercicios de Kegel.* Fortalecen los músculos del suelo pélvico, fundamentalmente el músculo pubocoxígeo. Para muchos autores, más que para controlar la EP esta técnica sirve para el fortalecimiento esfinteriano. Deben realizarse con la vejiga vacía. Se orienta al paciente detener bruscamente el flujo de orina; o sea, orinar en chorros intermitentes. Otra posibilidad de lograrlo es a través de contraer y relajar de manera repetida los músculos perineales; las sesiones de contracciones se incrementan progresivamente hasta alcanzar cinco minutos tres veces al día (27). Existen otras formas para ejercitarlos.

*Técnica de compresión de la base del pene en el perineo.* Es una variante de la anterior. Al sentir las sensaciones preeyaculatorias, el individuo comprime la base del pene sin tener que retirarlo. Algunos maestros taoístas utilizaron esta técnica desde tiempos inmemoriales.

### **Otras técnicas auxiliares a utilizar dentro del diseño terapéutico**

- Técnica de restricción testicular. La tracción hacia abajo de los testículos permite que algunos hombres controlen su eyaculación durante la masturbación. La base fisiológica consiste en que durante la excitación (erección) los testículos ascienden; al descenderlos manualmente, disminuye la excitación y, por ende, se retarda la eyaculación.
- Técnicas de TAO. Permite que el hombre aprenda a separar eyaculación de orgasmo en forma segura y saludable.
- Técnicas para disminuir la ansiedad:
  - relajación de Shultz, Jacobson, yoga u otras;
  - hipnosis.
- Técnicas para mejorar la comunicación de la pareja:
  - focalización sensorial,
  - entrenamiento para compartir fantasías sexuales,
  - planeamiento de expectativas,
  - estructuración de metas de vida,
  - recordar momentos agradables.
- Técnicas para mejorar la autoestima:
  - entrenamiento en asertividad,
  - técnicas del espejo,
  - psicodrama,
  - ejercicios físicos.

### **Intervenciones farmacológicas**

*Antidepresivos.* El primero utilizado con éxito fue la clomipramina (12.5-50 mg/día) (3), antidepresivo tricíclico inhibidor preferencial de la recaptación de serotonina. En la actualidad son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina los más utilizados. En

---

el mercado cubano contamos con la sertralina, de probada eficacia en pacientes cubanos con EP en dosis de 50 mg/día, pudiéndose alcanzar 200 mg/día.

Otros inhibidores de la recaptación de serotonina son (2,28,29):

- fluoxetina (20-40 mg/día)
- paroxetina (10-40mg/día)
- citalopram (20-40 mg/día)

La dapoxetina es igualmente un ISRS, con un diseño específico para el tratamiento de la EP, con la ventaja de usarse en dosis única de 30-60 mg antes de efectuar el coito. Los resultados de eficacia fueron similares entre cada uno de los ensayos individuales que indican a la dapoxetina como consistentemente más eficaz que el placebo; se reporta respuesta adecuada tanto en hombres con EP como en hombres con EP y DE junto a los inhibidores de la fosfodiesterasa (24,30-32). No se comercializa en Cuba.

La forma de administración de los medicamentos puede ser:

- tratamiento continuo: diario, las dosis varían en dependencia del fármaco;
- a demanda: dosis única antes del coito, que varían en dependencia del fármaco (por ejemplo, 3-4 horas para la paroxetina, 4-8 horas para la sertralina);
- combinación de ambos: se recomienda la administración del fármaco como mínimo tres semanas y posteriormente mantenerlo a demanda.

Los resultados con este grupo farmacológico son, en general, muy efectivos, con la particularidad de que un gran número de pacientes sufren recaídas al suspender el fármaco.

### **Tratamiento combinado**

Actualmente son varios los autores que reportan excelentes resultados con la combinación de medicación oral y terapia psicológica (1). En este sentido hay experiencias muy favorables en los trabajos de Althof (15), Graziottin y colaboradores (33).

### **Recomendaciones de posibles estrategias terapéuticas**

- Iniciar con la focalización sensorial en pareja y, de forma individual, con la técnica de parada y arranque y/o la del apretón.
  - La doctora Yamira Puentes recomienda iniciar con la focalización sensorial solo cuando existe otra disfunción sexual, generalmente disfunción eréctil.
  - Partir directamente de las técnicas específicas más usadas para el control eyaculatorio, en unión de las técnicas para disminuir la ansiedad, mejorar la comunicación en pareja y la autoestima.
  - Para cualquiera de las modalidades terapéuticas, si están indicados los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, deben incluirse en el tratamiento justo al iniciar cualquier variante de coito.
  - Concluida la estrategia terapéutica y la EP recuperada, mantener los ejercicios para el control eyaculatorio de forma sistemática con una disminución en la frecuencia.
-

## **Evaluación de los resultados**

Una vez llevada a cabo la intervención terapéutica, se valoran los resultados y, en caso necesario, se modifican los objetivos establecidos anteriormente.

## **Fármacos de eficacia no comprobada**

*Inhibidores de la fosfodiesterasa 5* (34). La aparición en el mercado de los inhibidores de la 5 fosfodiesterasa (FDE-5) es un aporte más al tratamiento de la EP por la seguridad erectiva que pueden agregar a estos sujetos. Sin embargo, su uso puede agravar la EP por la presencia de altos niveles de ansiedad ante el rendimiento relacionado con la función eréctil, lo que sirve solo para empeorar su prematuridad. Las investigaciones del uso de estos fármacos como terapia junto a los ISRS, están aún en proceso de evaluación (25).

Su indicación precisa es cuando coexiste eyaculación precoz y disfunción eréctil u otra comorbilidad (hipercolesterolemia) (35). En Cuba contamos con el sildenafil, en tabletas de 50 mg. La dosis recomendada es de 25-100 mg, a demanda, de 30 a 50 minutos antes de la relación sexual.

*Tramadol*. Fármaco empleado como analgésico; activa el sistema opioide del cerebro, inhibe la recaptación de serotonina y norepinefrina (26). Se emplea a demanda en dosis de 25-50 mg, 3-4 horas antes de las relaciones sexuales.

Se ha reportado la eficacia a demanda (33,36-38). Aunque el mecanismo de acción para demorar la eyaculación no está completamente descrito, pudiera ser secundario a su efecto anestésico, así como a través de la de la inhibición de la recaptación de serotonina. Las directrices del comité de expertos para el tratamiento de la EP opinan que el tramadol puede tenerse en cuenta cuando otros tratamientos han fracasado. El riesgo de adicción y sus efectos adversos (nauseas, vómitos y mareo) hacen que su empleo sea polémico. Se debe evitar el uso concomitante con los ISRS, debido al riesgo del síndrome serotoninérgico y el resultado fatal que este provoca. Se necesitan estudios bien controlados para evaluar la eficacia y seguridad del tramadol en el tratamiento de la EP. Esta guía desaconseja el uso del tramadol en nuestro país.

*Bloqueadores selectivos de alfa-1-adrenérgico* (39-43). Varios investigadores han publicado sus experiencias con la alfuzosina, terazosina y silodosina en el tratamiento de la EP. Estos medicamentos solo están aprobados para el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior en hombres con hiperplasia prostática benigna. En un estudio a doble ciego controlado con placebo se reportó que tanto la alfuzosina (6 mg/día) y terazosina (5 mg/día) fueron eficaces en el retraso de la eyaculación en aproximadamente 50% de los casos. Sin embargo, ambos estudios estuvieron limitados por el uso de criterios de valoración subjetivos de la impresión del paciente. Estudios adicionales controlados son necesarios para determinar el papel de alfa-1-bloqueadores en el tratamiento de EP.

## **Rehabilitación del suelo pélvico (RSP) (44-46)**

Prácticamente todos los hombres reportan el uso de al menos una técnica cognitiva o de comportamiento para prolongar el acto sexual y retrasar la eyaculación, con diversos grados de éxito. La contracción pélvica baja es una de estas; se emplea comúnmente para aplazar y controlar la eyaculación.

Para inhibir o retrasar la eyaculación, es necesario contraer los músculos del suelo pélvico. Varios autores han publicado su experiencia como un tratamiento para la EP

---

La Pera propuso un trío de intervenciones (44):

- fisiokinesioterapia,
- electroestimulación del esfínter externo para inducir la hipertrofia,
- biorretroalimentación para controlar el reflejo eyaculatorio que refuerza los tonos de los músculos.

Se sugiere que estas intervenciones retrasan la eyaculación por aumento en la presión de cierre del esfínter uretral externo.

Con esta técnica los autores llegan a la conclusión que la RSP puede ser un agente terapéutico viable para el tratamiento de la EP.

### **Acupuntura (47)**

Las directrices de la Sociedad Internacional de Medicina Sexual para el tratamiento de la EP identificaron datos positivos limitados en cuanto a la eficacia de la terapia con acupuntura para este trastorno.

### **Neurotomía quirúrgica, crioablación y la neuromodulación del nervio dorsal del pene (1)**

Varios autores han reportado el uso de la cirugía inducida a través del nervio dorsal del pene. Las directrices de la Sociedad Internacional de Medicina Sexual sugieren para este tipo de tratamiento que la neurotomía o neuromodulación del nervio dorsal del pene o glande son procedimientos invasivos e irreversibles que están asociados con un aumento en el tiempo de latencia eyaculatorio. La seguridad de esta modalidad de tratamiento debe determinarse antes de su aplicación.

### **Anestésicos u otras sustancias por vía tópica (sin pruebas clínicas)**

Lidocaína, SS-cream (48) y otros.

### **Nuevas dianas terapéuticas y drogas emergentes**

Se habla de nuevas moléculas y dianas terapéuticas en el horizonte de este trastorno. Haremos un breve resumen para el lector interesado en la temática.

*DA-8031*. Es un potente SSRI y un potencial agente terapéutico en el tratamiento de la EP. Demuestra una alta afinidad y selectividad para el transportador de serotonina y baja selectividad y afinidad para la dopamina y la norepinefrina (49). Actualmente se realizan en humanos ensayos clínicos con DA-8031 como tratamiento para el EP.

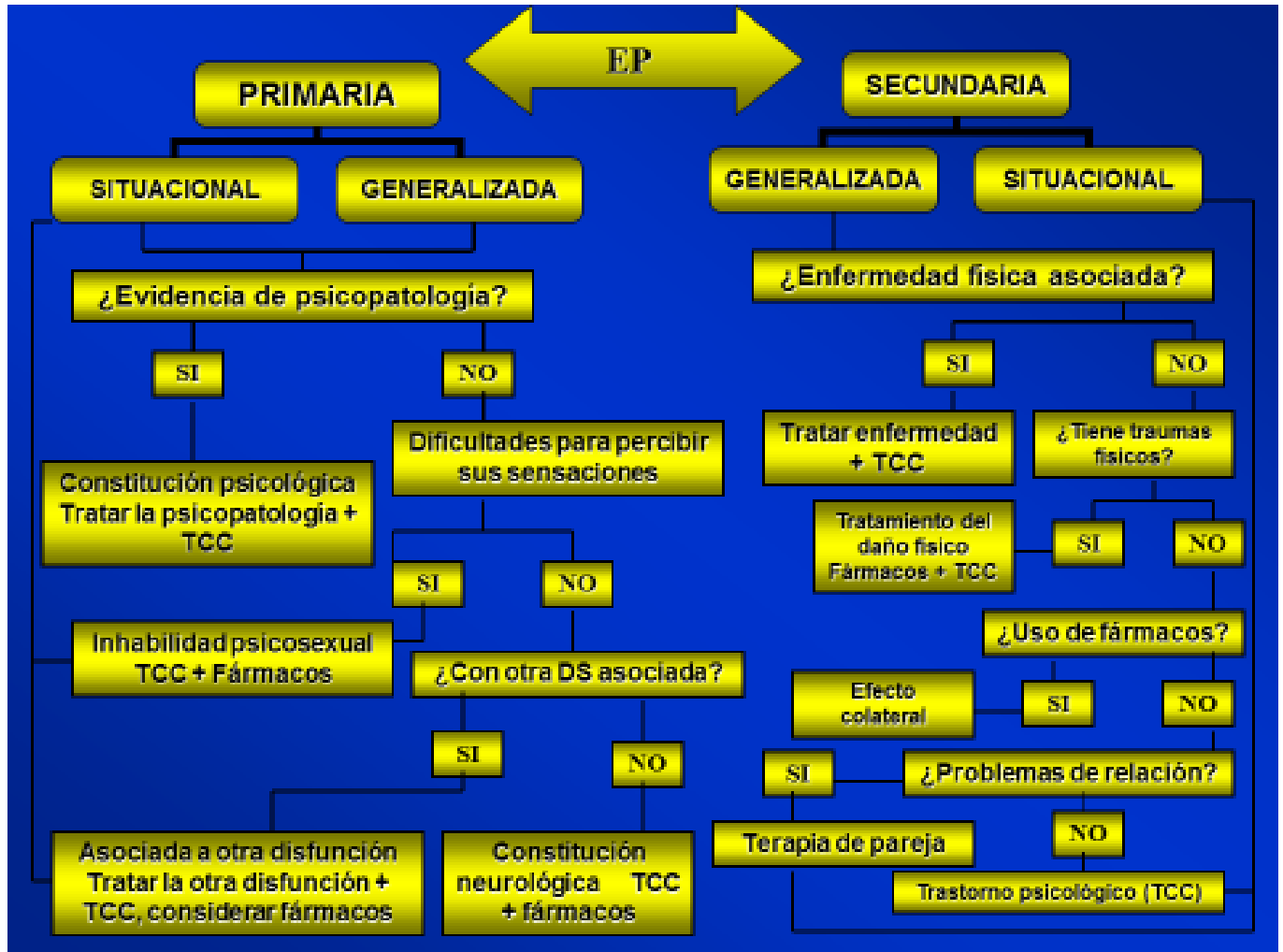
*Los antagonistas de oxitocina* (50,51). Un número creciente de estudios informan el papel de la neurotransmisión oxitocinérgica en el proceso eyaculatorio. En los machos humanos, los niveles de oxitocina en plasma son elevados durante la erección del pene y en el momento del orgasmo. Varios estudios clínicos y preclínicos sugieren un papel potencial para antagonistas altamente selectivos del receptor de la oxitocina.

Ixchelsis (Sandwich, Reino Unido) (52) está desarrollando la IX-01, una molécula pequeña administrada por vía oral, antagonista del receptor de la oxitocina, que ha demostrado una buena penetración en el Sistema Nervioso Central en estudios preclínicos.

---

Otras drogas emergentes son modafinilo (53) y botulinumtoxin-A (54,55).

FLUJOGRAMA DE ACTUACIÓN ANTE UNA EYACULACIÓN PRECOZ.



### Referencias bibliográficas

1. McMahon C, Althof S, Waldinger M. et al. An evidence-based definition of lifelong PE: Report of the International Society for Sexual Medicine ad hoc Committee for the definition of PE. J Sex Med. 2008;5: 1590-606.
2. McCabe M, Sharlip D, Atalla E, Balon R, et al. Definitions of sexual dysfunctions in women and men: A consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. J Sex Med. 2016; 13:135-43.

3. Cavalcanti RS, Hernández R, Pereira P.G. Ejaculação precoce/rápida. Consenso da Academia Internacional de Sexología Médica. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan; 2005.
4. Sharlip ID, Broderick GA. Recent progress in the diagnosis and treatment of premature ejaculation. Live Web Conference [Internet]; 2005 Nov 9 [citado 2016 Abr 22]. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewprogram/4680>
5. Fernández AL. Eyaculación rápida. La disfunción sexual masculina más frecuente. II Encuentro Iberoamericano de Andrología. Rev Int Androl. 2003; Supl 1(1):1-29.
6. Metz ME, Pryor JL. Eyaculación precoz: una aproximación psicofisiológica para la evaluación y manejo. Journal of Sex and Marital Therapy. 2000 Oct-Dec;26(4):293-320.
7. Lee J, Lee S. Relationship between premature ejaculation and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. 2014 International Society for Sexual Medicine. J Sex Med. 2015;12:697-704.
8. Puentes Y, Bécquer C. Diagnóstico y tratamiento de la eyaculación precoz. En: García C, Fragas R, Alfonso A, Arrue I. Salud sexual y práctica sexológica. Ciudad de La Habana: Editorial CENESEX; 2008. p. 70-83.
9. Omu A, Bade A, Bashti H, Oriowo A. Magnesium in human semen: Possible role in premature ejaculation. Arch Androl. 2001 Jan-Feb;46(1):59-66.
10. Cai T, Pisano F, Magri V, et al. Chlamydia trachomatis infection is related to premature ejaculation in chronic prostatitis patients: Results from a cross-sectional study. J Sex Med. 2014;11:3085-92..
11. Mackern-Oberti P, Motrich D, Breser L. Chlamydia trachomatis infection of the male genital tract: An update. J Reprod Immunol. 2013;100:37-53.
12. Paddy C, Janssen AR, Schaik C, Waldinger M. The 5-HT1A receptor C (1019)G polymorphism influences the intravaginal ejaculation latency time in Dutch Caucasian men with lifelong. Pharmacology, Biochemistry and Behavior [serie en Internet]. 2014[citado 2016 Mar 11];121:[aprox. 4 p.]. Disponible en: [www.elsevier.com/locate/pharmbiochembeh](http://www.elsevier.com/locate/pharmbiochembeh)
13. Althof S. Treatment of rapid ejaculation: Psychotherapy, pharmacotherapy, and combined therapy. In: Leiblum S. Principles and practice of sex therapy. 4th ed. New York: Guilford Press; 2007. p. 212-40.
14. Chan JS, Snoeren EM, Cuppen E, Waldinger MD, et al. The serotonin transporter plays an important role in male sexual behavior: A study in serotonin transporter knockout rats. J Sex Med. 2011;8:97-108.
15. Clement P, Bernabé J, Compagnie S. Inhibition of ejaculation by the nonpeptide oxytocin receptor antagonist GSK557296: A multi-level site of action. Br J Pharmacol. 2013;169:1477-85.
16. Veening J, Jong T, Waldinger M, Korte M. The role of oxytocin in male and female reproductive behavior. Eur J Pharmacol. 2015;753:209-28.
17. Kolodny CR, Masters HW, Johnson EV. Tratado de medicina sexual. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1988.
18. Gindin LR, Alabaster E. Incidencia de los trastornos por estrés y ansiedad en la sexualidad: modelo clínico de la eyaculación precoz-evaluación y tratamiento. 2004

- [citado 2016 May 2];[aprox 8 p.]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/congreso/2004/trsexuales/articulos/16019/>
19. Mourikis I, Antoniou M, Matsouka E. Anxiety and depression among Greek men with primary erectile dysfunction and premature ejaculation. *Ann Gen Psychiatry* [serie en Internet]. 2015 [citado 2016 May 2];14(34):[aprox 21 p]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4625647/>
  20. Kalaitzidou I, Venetikou MS, Konstadinidis K. Stress management and erectile dysfunction: A pilot comparative study. *Andrologia*. 2014;46:698-702.
  21. Porst H, Kirana PS. Premature eyaculation. In: *The EFS and EESM Syllabus of Clinical Sexology*. Amsterdam: Medix Publishers; 2016. p. 646-7.
  22. Cabello F, Lucas M. *Manual médico de terapia sexual*. 1a ed. Madrid: Psimática; 2002.
  23. Puentes Y. Eyaculación precoz y métodos del sentido común: de la pregunta obligada a la reflexión médica. *Sexología y Sociedad* [serie en Internet]. 2010 Dic [citado 2016 May 2];16(44):[aprox 7 p]. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/viewFile/408/450>
  24. McMahon C. Current and emerging treatments for premature ejaculation. *Sex Med Rev*. 2015;3:183-202.
  25. Quek K, Sallam A, Ng C, Chua C. Prevalence of sexual problems and its association with social, psychological and physical factors among men in a Malaysian population: A cross sectional study. *J Sex Med*. 2008;5:70-6.
  26. Cabello SF. Manejo conductual y farmacológico de la eyaculación precoz. En: García RAD, Cabello SF. *Actualización en sexología clínica y educativa*. Huelva: Universidad de Huelva. p. 49-59.
  27. Martos LIM, Ureña GSF, Pérez BMC. Ejercicios de Kegel desde la perspectiva de la sexualidad. En: García RAD, Cabello SF. *Actualización en sexología clínica y educativa*. Huelva: Universidad de Huelva. p. 326.
  28. Giuliano F, Clement P. Pharmacology for the treatment of premature ejaculation. *Pharmacol Rev*. 2012;64:621-44.
  29. Markowitz J, DeVane C, Liston H, Montgomery SA. An assessment of selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation symptoms with citalopram. *Int Clin Psychopharmacol*. 2000;15:329-33.
  30. Jern P, Johansson A, Piha J, Westberg L, et al. Antidepressant treatment of premature ejaculation: Discontinuation rates and prevalence of side effects for dapoxetine and paroxetine in a naturalistic setting. *Int J Impot Res*. 2015; 27:75-80.
  31. Mondaini N, Fusco F, Cai T. Dapoxetine treatment in patients with lifelong premature ejaculation: The reasons of a «Waterloo». *Urology*. 2013;82:620-4.
  32. Simsek A, Kirecci L, Kucuktopcu O, et al. Comparison of paroxetine and dapoxetine, a novel selective serotonin reuptake inhibitor in the treatment of premature ejaculation. *Asian J Androl*. 2014;16:725-7.
  33. Kaynar M, Kilic O, Yurdakul T. On-demand tramadol hydrochloride use in premature ejaculation treatment. *Urology*. 2011;79:145-9.
  34. Jannini EA, McMahon C, Chen J, Aversa A, et al. The controversial role of phosphodiesterase type 5 inhibitors in the treatment of premature ejaculation. *J Sex Med*. 2011;8:2135-43.
  35. Sommer F, Klotz T, Mathers M. Treatment of premature ejaculation: A comparative vardenafil and SSRI crossover study. *J Urol*. 2005;173:202. Abstract 741.



- 
36. Xiong H, Chen H, Yao L. Safety and efficacy of tramadol hydrochloride with behavioral modification in the treatment of premature ejaculation. *Zhonghua Nan KeXue*. 2011;17:538-41.
  37. Alghobary M, El-Bayoumy Y, Mostafa Y, Mahmoud el HM, et al. Evaluation of tramadol on demand vs. daily paroxetine as a long-term treatment of lifelong premature ejaculation. *J Sex Med*. 2010;7:2860-7.
  38. Eassa I, El-Shazly A. Safety and efficacy of tramadol hydrochloride on treatment of premature ejaculation. *Asian J Androl*. 2013;15:138-42.
  39. Michel MC. Alpha1-adrenoceptors and ejaculatory function. *Br J Pharmacol*. 2007;152:289-90.
  40. Kobayashi K, Masumori N, Hisasue S, Kato R, et al. Inhibition of seminal emission is the main cause of anejaculation induced by a new highly selective alpha 1A-blocker in normal volunteers. *J Sex Med*. 2008;5:2185-90.
  41. Sato Y, Tanda H, Nakajima H, Nitta T, et al. Silodosin and its potential for treating premature ejaculation: A preliminary report. *Int J Urol*. 2012;19:268-72.
  42. Choi H, Hwa S, Kam C, Jeh U, et al. Effects of tamsulosin on premature ejaculation in men with benign prostatic hyperplasia. *World J Men's Health*. 2014;32:99-104.
  43. Akin Y, Gulmez H, Ates M, Bozkurt A, et al. Comparison of alpha blockers in treatment of premature ejaculation: A pilot clinical trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2013;15:e13805.
  44. La Pera G. Awareness and timing of pelvic floor muscle contraction, pelvic exercises and rehabilitation of pelvic floor in lifelong premature ejaculation: 5 years experience. *Arch Ital Urol Androl*. 2014;86:123-5.
  45. Pastore AL, Palleschi G, Fuschi A, et al. Pelvic floor muscle rehabilitation for patients with lifelong premature ejaculation: A novel therapeutic approach. *Ther Adv Urol*. 2014;6:83-8.
  46. Pastore AL, Palleschi G, Leto A. A prospective randomized study to compare pelvic floor rehabilitation and dapoxetine for treatment of lifelong premature ejaculation. *Int J Androl* 2012;35:528-33.
  47. Sunay D, Sunay M, Aydogmus Y. Acupuncture versus paroxetine for the treatment of premature ejaculation: A randomized, placebo controlled clinical trial. *Eur Urol*. 2011;59:765-71.
  48. McMahon CG, Jannini E, Waldinger M, Rowland D. Standard operating procedures in the disorders of orgasm and ejaculation. *J Sex Med*. 2013;10:204-29.
  49. Jeon J, Kim S, Lee H. Candidate molecule for premature ejaculation, DA-8031: In vivo and in vitro characterization of DA-8031. *Urology*. 2011;77:e17-21.
  50. Filippi S, Vannelli GB, Granchi S. Identification, localization and functional activity of oxytocin receptors in epididymis. *Mol Cell Endocrinol*. 2002;193:89-100.
  51. Gupta J, Russell RJ, Wayman CP, et al. Oxytocin-induced contractions within rat and rabbit ejaculatory tissues are mediated by vasopressin V(1A) receptors and not oxytocin receptors. *Br J Pharmacol*. 2008;155:118-26.
  52. Clement P, Bernabe J, Compagnie S. Inhibition of ejaculation by thenon-peptide oxytocin receptor antagonist GSK557296: A multi-level site of action. *Br J Pharmacol*. 2013;169:1477-85.
  53. Ballon JS, Feifel D. A systematic review of modafinil: Potential clinical uses and mechanisms of action. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:554-66.
  54. Serefoglu EC, Silay MS. Botulinum toxin-A injection may be beneficial in the treatment of life-long premature ejaculation. *Med Hypotheses*. 2010;74:83-4.
-

55. Serefoglu EC, Hawley WR, Lasker GF. Effect of botulinum-A toxin injection into bulbospongiosus muscle on ejaculation latency in male rats. *J Sex Med.* 2014;11:1657-63.

Fecha de recepción de original 18 de septiembre de 2016

Fecha de aprobación para su publicación 10 de diciembre de 2016