Eyaculación precoz

Autores

Álvarez Vicente Juan Carlos [1]
Calvo Quintela Laura [1]
Chantada Abal Venancio [2]
Díaz Anca Maria Jesús [3]
Docampo Corral Gloria [3]
González Alonso Eloy [1]
Juan Prego Jesús de [1]
Iglesias Díaz Maria Cristina [1]
Palacios Martínez Margarita [1]
Santiago Boullón Miguel de [1]
Someso Orosa Maria Elvira [1]
Velasco Horta Bernardo [1]

1. Médicos de Familia
2. Especialista en Urología
3. Psicólogas

Grupo MESEGA (Medicina Sexual Galega)

Guías Clínicas 2006; 6(31)

Puntos clave

- La eyaculación precoz (EP) es la dificultad para ejercer un adecuado control sobre el reflejo de la eyaculación
- Puede ser de origen psicoemocional, ser debida a toma de medicaciones psicotrópica o secundaria a un proceso orgánico
- Las técnicas de autoayuda suelen utilizarse en los primeros intentos de superar el problema, en general con poco éxito. También hay pocas evidencias científicas sólidas sobre la eficacia de la psicoterapia
- Los antidepresivos (clomipramina e ISRS) demostraron efectividad para retrasar la eyaculación. Existe discusión sobre la dosificación y como pautarlos
- Sildenafilo (25-50 mg 1 a 2 horas antes de la relación sexual) puede mejorar la latencia eyaculatoria por mecanismo un mecanismo desconocido. Solo o en combinación con paroxetina

¿De qué hablamos?

La eyaculación precoz (EP) es la disfunción sexual más frecuente en varones menores de 40 años y se puede definir desde varios puntos de vista. La definición más aceptada es: dificultad para ejercer un adecuado control sobre el reflejo de la eyaculación [1-2]. El DSM-IV-TR (APA 2000) la define como "Eyaculación que ocurre con mínima estimulación sexual, antes, durante o poco después de la penetración, y antes del deseo del paciente" [3]

Lograr una definición consensuada es complejo ya que los criterios científicos y diagnósticos utilizados en torno a la EP son poco exactos y confusos.

Para los estudios se utiliza el intervalo intravaginal de latencia eyaculatoria (IELT), como parámetro a valorar, lo que abre interrogantes: ¿Cuál es la latencia intravaginal normal? ¿Cómo se mide? ¿Quien define la normalidad? .Existe mucha discusión al respecto, aunque la mayoría se inclina por un IELT de 1,5 min.[4] . Por debajo de ese tiempo la probabilidad de tener eyaculación precoz, es muy grande.

Un ejemplo que demuestra la dificultad en definir la EP. lo ofrece aquellas situaciones en que el varón eyacula más o menos pronto, pero la pareja ha alcanzado el orgasmo en ese tiempo, o bien lo contrario, llegar a la eyaculación tardíamente, pero la pareja no haber alcanzado el clímax.

La EP puede ser: [5]

- Primaria, si el varón ha tenido esa condición desde que comenzó a tener relaciones sexuales.
- Secundaria, si el individuo experimentó un aceptable control eyaculatorio, y lo pierde por razones desconocidas.

Dependiendo de la definición utilizada, entre 4-39% de los hombres tienen EP [6-7-8-9-10].

Tabla 1.- Prevalencia de EP y disfunción eréctil (DE) por edades [11]

Edad	EP	DE
18 - 29	30%	7%
30 - 39	32%	9%
40 - 49	28%	11%
50 - 59	31%	18%

Elaborada con opinión de médicos y revisión posterior por colegas

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:
La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

Vemos en el cuadro como la prevalencia de EP se mantiene alrededor del 30% en todas las edades, y como la disfunción eréctil, aumenta su prevalencia con la edad, coexistiendo en ocasiones ambos trastornos.

¿Cómo podemos detectarla?

Podemos detectarla por la historia clínica, en la que debemos introducir una o dos preguntas que nos permitan detectar disfunciones sexuales. Pueden plantearse de la siguiente forma:

- Si el paciente es portador de enfermedades cardiovasculares, "Es frecuente que personas con su enfermedad tengan algún problema en sus relaciones sexuales. ¿Cómo van las cosas en ese terreno?
- En sanos "¿Como está de satisfecho en sus relaciones de pareja?
- Si toma fármacos "¿Ha notado últimamente algún problema en sus relaciones sexuales?

Detectada una posible alteración, la abordaremos en la historia específica sexual, preferiblemente asistiendo la pareja, y creando un clima favorable y fiable para el paciente, conscientes del impacto emocional que el problema está provocando.

Historia sexual: Si sospechamos o el paciente manifiesta una EP en la historia general, intentaremos conocer:

1. Si es primaria o secundaria. Esta última suele ser más fácil tratar.
2. Si sucede en todas las relaciones o en determinadas ocasiones.
3. Valorar la severidad (medir el paciente su IELT)
4. Indagar sobre problemas emocionales, como lo vive, como afecta a su pareja.
5. Explorar e interrogar sobre factores de riesgo, intervenciones, tratamientos farmacológicos... que puedan afectar a una buena relación sexual.
6. Evaluar psicológicamente al paciente, preguntando como se relacionó con sus familiares en su crecimiento, si hubo malos tratos o alteraciones de la autoestima, agresiones sexuales, abusos, incestos. violaciones...
7. Indagar sobre experiencias sexuales tempranas del paciente, masturbaciones, primeras relaciones en pareja, prisas en el acto sexual... Ej. El adolescente sorprendido durante la masturbación y reprendido por ello, intentará en lo sucesivo, acabar pronto, para no ser descubierto de nuevo y adquiere así, una técnica mal aprendida (la rapidez se vuelve un hábito).
8. Como son las relaciones de pareja, actitud general del paciente hacia el sexo (si lo considera sucio), preferencias sexuales, fantasías, modelo de excitación.
9. Formas de estimulación de la pareja para llegar al orgasmo.
10. Tiempo que requiere la pareja para alcanzar el orgasmo..
11. Si es secundaria interrogar sobre hechos, situaciones, terapias, procesos patológicos... que puedan haber contribuido a la aparición de la EP.

¿Cuáles son las causas?

- Origen psico-emocional [12-13]
  - Respuesta condicionada, práctica mal aprendida (miedo a ser sorprendido que puede llevar a eyacular pronto).
  - Dificultad para percibir las sensaciones preorgásmicas, que permitan parar la actividad, para reiniciar al desaparecer estas sensaciones.
  - Problemas en la relación con la pareja, conflictos interpersonales no resueltos
  - Miedo al fracaso por coitos anteriores con rápida eyaculación.
  - Existencia de otras disfunciones sexuales como DE.
  - Ansiedad en general.
- Efectos adversos de medicación psicotrópica [12-13]
- Factores orgánicos [12-13]
  - Algunas enfermedades como prostatitis, vesiculitis.
  - Hipersensibilidad del glande
  - Algunas enfermedades degenerativas y/o neurológicas donde puede estar alterado el reflejo bulbocavernoso: esclerosis múltiple, neuropatías periféricas, procesos medulares extensivos….

¿Cómo se trata?

Podemos abordar el tratamiento de la EP desde diferentes opciones:

Las técnicas de autoayuda.

Suelen ser los primeros intentos de superar el problema que usan los pacientes, en general con poco éxito [11].

1. Masturbarse 1 ó 2 horas antes de la relación sexual, puede conseguir un intervalo de latencia mayor durante el coito. En el varón mayor de edad puede no ser útil al no conseguir buena erección después de la masturbación, causando desconfianza y provocar impotencia secundaria.
2. Ponerse varios preservativos para disminuir la sensibilidad en el pene.
3. Distraerse pensando cosas ajenas durante el coito (operaciones matemáticas…)
4. No dejar que la pareja estimule sexualmente.

Estas técnicas raramente son útiles, y alguna de ellas como la de distraerse mientras se realiza el coito, podría acelerarlo al tener la corteza cerebral centrada en otra actividad, y perder el arco reflejo eyaculatorio el control superior.

Intervenciones psicológicas.

Es importante incluir a la compañera en las sesiones de orientación y tratamiento, tanto como sea posible.

- Psicoterapia (aliviar sensación de culpa, indagar sobre perturbaciones emocionales……..)
- Técnicas conductistas:
  - Técnica de compresión del glande (Masters & Jonson 1970)[14]: La compañera comienza despacio la estimulación del varón, o éste inicia la masturbación, deteniéndose cuando sienta que la eyaculación está próxima, y apretando firmemente el pene, justo detrás del glande. Es una maniobra incómoda, pero no debe ser dolorosa.
  - Después de una pausa y de que el varón note que la eyaculación no es inminente, se reinicia la estimulación, deteniéndose de nuevo al sentirla próxima. La maniobra se repite unas tres veces, y a la cuarta se eyacula.
  - Técnica de parada (Seamans, 1956) [12]: Incluye ejercicios de masturbación progresiva en pareja para familiarizar al hombre con sus sensaciones preeyaculatorias.
  - Técnica de focalización sensorial: [12] Permiten al paciente concentrarse de forma relajada en las sensaciones placenteras obtenidas gracias a la estimulación genital y no genital por parte de la pareja.

- Las técnicas conductistas requieren una motivación y esfuerzo considerables del paciente y de la pareja, tienen un porcentaje de éxito inicial del 60% al 90% (Masters &Jonson, 1970)[14]. Después de tres años de uso pierden eficacia en un 25% (De Amicus 1985; Hawton, 1995).
- Hay pocas evidencias científicas sólidas sobre su eficacia por la variabilidad del método según quien lo enseñe
- No sabemos cómo influirá la educación sexual durante la adolescencia en la prevalencia de EP.

Tratamientos Farmacológicos:

Tratamientos locales
- Crema SS (combinación de 9 componentes básicamente herbarios), proviene de Corea y logra desensibilizar el pene al aplicarla sobre el glande una hora antes de la relación, retrasando la eyaculación. No está aprobada por la FDA. [15-16]
- Cremas con lidocaina u otros componentes anestésicos, logran efectos similares. [17-18]
- La circuncisión a veces se practica para conseguir menos sensibilidad en el glande, algunos estudios demuestran buenos resultados[19], la realidad ha demostrada que hay eyaculadores precoces circuncidados.
- Neurotomía de denervación del glande (nervios sensitivos), técnica donde existen pocos casos para obtener conclusiones, pero que se realiza en determinadas ocasiones (existe una pequeña casuística en la Fundación Puigvert, con aceptables resultados [11].

Tratamiento con antidepresivos
En ocasiones, durante el tratamiento de la depresión, aparecían efectos secundarios sobre la esfera sexual (disminución de la libido, retraso en la eyaculación e impotencia ocasional). En base a este hecho se han realizado estudios con fármacos antidepresivos para tratar la EP.

El primero en mostrar eficacia fue la Clomipramina en 1973 [20-21-22]. Posteriormente los ISRS demostraron efectividad en retrasar la eyaculación, al aumentar la neurotransmisión central de serotonina, mejoría que desaparecía al cesar el tratamiento.[11-22] Como efecto paradójico, el uso crónico de ISRS, podría en algunos casos causar disfunción eréctil.
Existe discusión sobre la dosificación y como pautarla[23-24-11]
1. Terapia continua.
2. Terapia 4-8 horas antes del acto sexual.
3. Terapia de impregnación con dosis diarias 3 – 4 semanas y luego usarlos solo antes del acto sexual.

Dosificación:
El tratamiento óptimo para la EP no ha sido establecido. Una dosis única antes de la relación puede ser útil en algunos varones, mientras que en otros, con trastornos emocionales o afectivos de base, puede ser más útil la terapia diaria para conseguir un nivel en sangre como en el tratamiento de la depresión. Obviamente si la terapia única fuera efectiva, al ser más simple, tendría menos efectos secundarios, siendo uno de ellos la disfunción eréctil, que es más frecuente en la terapia continua. La dosis puede ser incrementada paso a paso hasta conseguir un efecto terapéutico o hasta alcanzar la máxima diaria recomendada. No ha sido determinada ningún método exacto para el incremento de la dosis, aunque la experiencia del médico, la respuesta terapéutica en los pacientes, los efectos adversos experimentados y otras consideraciones médicas generales, deberían ser los factores guías.

Una alternativa que ha demostrado su utilidad en algunas estudios, es la de impregnar al paciente con dosis diarias 3- 4 semanas y luego usar la dosis a demanda 4 a 8 horas antes de la relación, siendo el fármaco ensayado en esta modalidad la Sertralina.

Dosificación	
Clomipramina	• 50 mg diarios • 50 mg 4 a 12 horas antes
Fluoxetina	5 – 60 mg diarios (máximo 80 mg/día)
Sertralina	• 50 mg diarios (máximo 200 mg/día) • 50 mg 4 a 8 horas antes • Impregnación con 50 – 100 mg diarios, tres semanas y posteriormente 50 mg 4 a 8 horas antes
Paroxetina	• 20 mg diarios (máximo 40 mg/día) • 20 mg 3 a 4 horas antes

Inhibidores de la PDE-5
Sildenafilo (25-50 mg 1 a 2 horas antes de la relación sexual) puede mejorar la latencia eyaculatoria [25-26] El mecanismo de acción de este efecto no es conocido. También se mostró efectivo en combinación con Paroxetina [27-28]. El tratamiento precoz de la disfunción eréctil posiblemente previene la EP secundaria en hombres mayores.

Nuevos fármacos
Existen estudios con nuevos ISRS, con una farmacocinética favorable para el uso a demanda (rápida absorción, concentraciones máximas que se eleven y desciendan rápidamente). Con estas premisas existen dos fármacos en estudio: Dapoxetina [29-11] y A3871027 [11]

Recursos en la red

- AUAnet. Premature Ejaculation. 2004 [http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/Extraforbando/APain.pdf]

Bibliografía

1. Kaplan HS. La eyaculación precoz. Barcelona: Editorial de bolsillo; 2003
2. Carrobles J.A. y Sanz Yague A. Terapia sexual; Tomo 10. Master en sexualidad Humana de la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid: Editorial Fundación Universidad- Empresa; 1991
3. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM IV-TR. Barcelona: Masson; 2004.
4. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, Schweitzer DH. Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data. J Sex Med. 2005 Jul;2(4):498-507 .
5. Cooper AJ, Cernovsky ZZ, Colussi K. Some clinical and psychometric characteristics of primary and secuinddary premature ajaculators. J Sex Maritral Ther 1993 Winter, 19(4): 276-88
6. Carson C, Glasser D, Lauman E: Prevalence and correlates of premature ejaculation among men aged 40 years and older: a United States nationwide population-based study. Program and abstracst from the American Urological Association 98th Annual Meeting;April 26-May 1, 2003, Chicago, I. Abstracts of the American Urological Association 98 th Annual Meeting; April 26-M.
7. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of tehe sexual disfunctions: a critical review of the empirical literature. Arch Sex Behav 1990 Aug; 19(4) 389-408
8. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general

practitioner. J Public Healt med 1997 Dec; 19(4):387-91
9. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in The United States: prevalence and predictors. JAMA 1999 Feb 10; 281(6):537-44
10. MontageDK, JarowJ, BroderickGA, Dmochowski RR, Heaton JP, Lue TF, Nehra A, Sharlip ID; AUA Erectile Dysfunction Guideline Update. [Resumen NGC] [Texto completo AUA]
11. Moncada I. Tratamiento farmacológico en la eyaculación precoz. XII Congreso Nacional de Andrologia. A Coruña, Abril 2005.
12. Alcoba S, García-Giralda L, San Martín C: Guía de buenas prácticas sexuales en Atención Primaria; 2004
13. Goodpodinoff ML. Premature ajaculation: clinical subgroups and etiology. J Sex marital Ther 1989 Summmer; 15(2):130-4
14. Masters WH, Johnson VE: Premature ejaculation. In: Human Sexual Inadequacy. Boston, Mass: Little Brown & Company; 1970. p. 92-115.
15. Xin ZC, Choi YD, Seong DH, Choi HK. Sensory evoked potential and effect of SS-cream in premature ejaculation. Yonsei Med J 1995 Nov; 36(5): 397-401 [Texto completo]
16. Choi HK, Xin ZC, Choi YD, Lee WH, Mah SY, Kim DK. Safety and efficacy study with various doses of SS-cream in patients with premature ejaculation in a double-blind, randomised, placebo controlled clinical study. Int J Impot Res 1999 Oct; 11 (5):261-4
17. BerKovitch M. Keresteci AG, Koren G. Efficacy of prilocaine-lidocaine creamn in the treatment of premature ejaculation. J Urol 1995 Oct; 154(4):1360-1 .
18. Busato W, Galindo CC. Topical anaesthetic use fortreating premature ejaculation: a double-blind, randomised, placebo-controlled study. BJU Int 2004 May; 93(7):1018-21
19. Zhang SJ, Zhao YM, Zheng SG, Xiao HW, He YS. Correlation between premature ejaculation and redundant prepuce. Zhonghua Nan Ke Xue. 2006 ;12(3):225-7. Chinese.
20. Haensel SM, Rowland DL, Kallan KT. Clomipramine and sexual function in men with premature ejaculation and controls. J Urol 1996 Oct; 156(4): 1310-5
21. Girgis SM, El-Haggar S, El-Hermouzy S. A double-blind trial of clomipramine in premature ejaculation. Andrologia 1982 Jul-Aug; 14(4): 364-8
22. Haensel SM, Rowland DL, Kallan KT. Clomipramine and sexual function in men with premature ejaculation and controls. J Urol 1996 Oct; 156(4): 1310-5
23. Balon R. Antidepressants in the treatmen of premature ejaculation. J Sex Marital Ther 1996; 22(2):85-96
24. Mc Mahon CG. Treatmen of premure ejaculation with sertraline. Int J Impot Res 1998 sep; 10(3): 181-4; discussion 185
25. McMahon CG, Stuckey BG, Andersen M, Purvis K, Koppiker N, Haughie S, ET AL. Efficacy of sildenafil citrate(viagra) in men vith premature ejaculation. J Sex Med.2005 May; 2(3):368-75
26. Abdel-Hamid IA. Phosphodiesterase 5 inhibitors in rapid ejaculation:potential use and possible mechanisms of action. Drugs 2004; 64(1):13-26 .
27. Abdel-Hamid IA. Phosphodiesterase 5 inhibitors in rapid ejaculation:potential use and possible mechanisms of action. Drugs 2004; 64(1):13-26 .
28. Salonia A, Maga T, Colombo R, Scattoni V, Briganti A, Cestari A, Guazzoni G, Rigatti P, Montorsi F. A prospective study comparing paroxetine alone versus paroxetine plus sildenafil in patients with premure ejaculation. J Urol 2002 ; 168(6):2486-9
29. Modi NB, Dresser MJ, Simon M, Lin D, Desai D, Gupta S. Related Articles, Single- and multiple-dose pharmacokinetics of dapoxetine hydrochloride, a novel agent for the treatment of premature ejaculation. J ClinPharmacol.2006Mar;46(3):301-9.