

---

# ¿Qué opciones de tratamiento existen para la eyaculación precoz?

*Thania Hernández-Quirós\**

---

---

## **Resumen**

La eyaculación precoz es una de las disfunciones sexuales que más afecta a los hombres no únicamente desde el punto de vista sexual sino también desde el punto de vista emocional. No se cuenta con datos concretos acerca de su prevalencia, sin embargo, se sabe que puede afectar a hombres de cualquier edad. A lo largo de los años su definición ha variado mucho y aún no se cuenta con una aceptada globalmente. Las opciones de tratamiento son variadas, algunos fármacos con mayor evidencia que otros, y solo uno aprobado específicamente para la eyaculación precoz.

**Palabras clave:** DISFUNCIÓN SEXUAL - DAPOXETINA - EYACULACIÓN PRECOZ - INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS).

---

\* Médico general. Clínica Doctores Madriz, especialidades médicas, Cartago. Correo electrónico [taniahq94@gmail.com](mailto:taniahq94@gmail.com)

## **Abstract**

Premature ejaculation is one of the sexual dysfunctions that most affects men not only from the sexual point of view but also from the emotional point of view. There is no concrete data about its prevalence, however, it is known that it can affect men of any age. Over the years, its definition has varied a lot and we still do not have one that is accepted globally. The treatment options are many, some drugs with more evidence than others, and only one approved specifically for premature ejaculation.

**Word keys:** SEXUAL DYSFUNCTION - DAPOXETINA - PREMATURE EJACULATION - SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR

Recibido: 1º marzo 2019

Aceptado: 28 de abril 2019

## **Introducción**

La gama de trastornos sexuales es muy amplia, y sin duda la eyaculación precoz es una de las más importantes debido a todo el estigma social que la rodea. El hombre que la presenta, sufre un gran golpe emocional en su autoestima, y confianza, e incluso puede llevar a problemas de pareja. Durante muchos años fue un tema tabú, que los pacientes no trataban por desconocimiento del tema o por vergüenza, sin embargo, eso ha cambiado en los últimos años, las parejas muestran cada vez mayor interés en obtener satisfacción sexual mutua en sus encuentros sexuales, lo que ha contribuido a una identificación más temprana del trastorno y por ende a una implementación de tratamiento más oportuna y con índices de eficacia mayores.

## Definición de eyaculación precoz

Con el paso del tiempo se han propuesto varias definiciones para la eyaculación precoz, sin embargo, al ser una condición médica que representa un impacto importante en la autoestima masculina, se ha manejado mucho tabú alrededor del tema, en efecto hasta hace solo unas décadas, la eyaculación precoz era un trastorno sexual casi desconocido. (Sánchez F. , 2014).

Las primeras definiciones para la eyaculación precoz se enfocaron desde un punto de vista únicamente cualitativo, basándose solo en dos puntos: la eyaculación se producía antes de lo deseado y la consecuente insatisfacción sexual que producía. (García, José et al, 2010). Master y Johnson en 1970, le añadieron otra variable a la definición y perfilaron a la eyaculación precoz como un problema en el desempeño sexual de la pareja, en donde en un 50% o más de los encuentros sexuales, la pareja no logra el orgasmo. Esta definición no logró una aceptación completa, ya que, en ese porcentaje de insatisfacción sexual, se estaban englobando aquellos hombres cuyas parejas eran mujeres anorgásmicas y no se tomaban en cuenta los múltiples factores que intervienen en la disfunción orgásmica femenina. (García, José et al, 2010) (Sánchez F. , 2010).

Aun se necesitaba una definición que fuera más completa, que incluyera parámetros más objetivos y medibles. Algunos autores propusieron el número de empujes pélvicos durante una relación sexual como base, considerando menos de 8-15 empujes como criterio para establecer el diagnóstico de eyaculación precoz, definición que careció de objetividad, ya que la frecuencia de los empujes pélvicos varía mucho de un individuo a otro e incluso entre cada coito. (García, José et al, 2010). En 1994 se introduce el concepto de tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (TLEI), que aportó un carácter más cuantitativo a la definición de eyaculación precoz. El TLEI hace referencia al tiempo transcurrido entre la penetración y la eyaculación. En un estudio realizado

que incluyó a 110 pacientes con eyaculación precoz, se vio que aproximadamente el 90% de los individuos en estudio presentaron un TLEI de menos de 1 minuto, situándose el promedio entre 3-6 minutos; tomando como base esos datos, algunos autores establecieron como corte < 1 minuto para eyaculación precoz definida y <1,5 para eyaculación precoz probable. (Fernández, 2014) (García, José et al, 2010).

Distintas sociedades médicas han propuesto su propia definición para la eyaculación precoz, sin embargo, debido a la heterogeneidad de su etiología aún no se cuenta con un término globalmente aceptado. Los expertos recomiendan que toda definición de eyaculación precoz englobe tres aspectos fundamentales: el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal, el control voluntario de la eyaculación y la insatisfacción sexual de la pareja. (Cruz-Navarro N, et al., 2016). La Sociedad Internacional de Medicina Sexual (ISSM) propone la siguiente definición *“disfunción sexual en donde la eyaculación se produce siempre o casi siempre antes o aproximadamente 1 minuto después de la penetración vaginal, a causa de la incapacidad de retrasar la eyaculación en todas o casi todas las relaciones sexuales y con las consecuencias negativas que la misma conlleva”*. (Fernández, 2014) (García, José et al, 2010). Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en su décima revisión (CIE-10) agregó la variante de la potencia de la erección peneana y estableció lo siguiente *“incapacidad para retardar la eyaculación lo suficiente como para lograr el disfrute de la relación sexual, lo que se manifiesta por la eyaculación antes o muy poco después de la penetración, o incluso en ausencia de una erección suficiente para hacer posible la penetración”*. (Fernández, 2014). Otra entidad médica que también aportó una definición propia fue la Asociación Americana de Urología que hace mucho énfasis en el tiempo y la define así: *“eyaculación que ocurre antes de lo deseado, ya sea antes o poco después de la penetración, causando angustia a uno o ambos compañeros”*. (Fernández, 2014). La más reciente versión del DSM-5 define a la eyaculación precoz con base en tres criterios:

- Criterio A: patrón persistente o recurrente de eyaculación durante el coito en el transcurso del primer minuto aproximadamente tras la penetración vaginal y antes de que el sujeto lo desee.
- Criterio B: debe estar presente durante al menos 6 meses y ocurrir en todas o casi todas las ocasiones.
- Criterio C: debe causar una aflicción clínicamente significativa al sujeto. (Mas, 2014).

Se debe tomar en cuenta que las definiciones disponibles hasta el momento están orientadas en relaciones sexuales heterosexuales y la penetración intravaginal, no incluyen a parejas homosexuales ni a la eyaculación precoz en otras formas de expresión sexual en heterosexuales. (Cruz-Navarro N., et al., 2016).

### **Clasificación**

Se pueden utilizar varios criterios para clasificar a la eyaculación precoz, desde el tiempo de aparición, según el contexto, la etiología o incluso también se puede clasificar de acuerdo al grado de intensidad. Si tomamos en cuenta el contexto de la relación sexual como criterio de clasificación, el paciente podría padecer de EP general, que es cuando sucede en todas las situaciones y con todas las parejas, o la EP situacional, que solo ocurre en algunas situaciones y no con todas las parejas sexuales. Por otro lado, según la etiología esta disfunción sexual se puede dividir en dos grandes ramas: de origen biogénica o psicogénica, y de acuerdo a la intensidad del cuadro, se habla de EP ligera (eyaculación ocurre después de la penetración y de algunos empujes pélvicos, EP moderada (eyaculación sucede inmediatamente después de la penetración), y la EP severa (eyaculación se produce antes de la penetración). (García, José et al, 2010).

Waldinger y Schweitzer, propusieron una nueva clasificación, basándose en los tres puntos claves a la hora de definir eyaculación precoz, y establecieron cuatro síndromes:

1. Eyaculación precoz primaria: caracterizada por presentarse desde la primera relación sexual, en prácticamente todos los encuentros sexuales y con todas las parejas. En la mayoría de los casos ocurre dentro de los primeros 30 segundos a 1 minuto luego de la penetración.
2. Eyaculación precoz adquirida: asociada con algún problema somático o psicológico subyacente. Por lo general se presenta en un individuo que ha tenido episodios eyaculatorios normales en algún momento de su vida.
3. Eyaculación precoz naturalmente variable: es de carácter irregular e inconsistente, manifestándose únicamente en ciertas situaciones.
4. Eyaculación que simula ser prematura: esta categoría engloba aquellos hombres que tienen la percepción de tener una supuesta eyaculación prematura, a pesar de un tiempo eyaculatorio dentro de rangos normales (entre 3-6 minutos) o incluso más prolongado. La causa puede ser debido a problemas psicológicos o conflictos de pareja. (García, José et al, 2010).

### **Prevalencia e impacto social**

Ha resultado difícil establecer una prevalencia real para la eyaculación precoz, y los pocos datos con los que se cuenta, no se consideran completamente fiables, debido a sesgos metodológicos en los estudios realizados. Lo que sí es seguro es que es una de las disfunciones sexuales más frecuentes, incluso es más prevalente que la disfunción eréctil. (Fernández, 2014).

Sumado a eso, hay que agregar aquellos hombres que se niegan a solicitar asistencia médica, lo que complica aun más llegar a una cifra concreta.

La eyaculación precoz es sin duda una entidad que genera gran impacto en la autoestima del hombre que la padece. Muchos de ellos son reacios a conversar del tema con su médico o su pareja; el hecho de tener escaso o nulo control sobre su eyaculación, les genera sentimiento de ineptitud, fracaso, ansiedad, que con el

tiempo conlleva a conflictos de pareja, deterioro de la relación, incluso podría el individuo, si no recibe orientación médica, desarrollar una disfunción eréctil psicógena o conductas sexuales de evitación. (Sánchez F. , 2014).

### **Opciones de tratamiento**

Tomando en cuenta que cada presentación de eyaculación precoz es única en sí misma, las distintas opciones de tratamiento siempre deben ir orientadas a cada paciente, en función del contexto y entorno que lo rodea, además del tipo de eyaculación precoz que presenta y la gravedad de la misma. (Montero, 2017).

### **Terapia sexual**

La terapia sexual ha sido por muchos años una alternativa segura e indolora para el control de la eyaculación. El empleo de técnicas conductuales ya sea individual o en pareja han demostrado ser eficaces a pesar de no contar con datos concluyentes que respalden su eficacia. (Prieto, Rafael et al , 2017). Dentro de las opciones tenemos:

Estrategias individuales: su objetivo es que el paciente logre el mayor control posible sobre su eyaculación.

- i. Técnicas de control de ansiedad: con empleo de ejercicios de relajación
- ii. Ejercicios de Kegel: pretende que el paciente aprenda a relajar la musculatura bulbocavernosa e isquiocavernosa. Las tasas de éxito se reportan hasta en un 60% tras 3-4 meses de tratamiento.
- iii. Técnicas de rehabilitación del suelo pélvico: combina los ejercicios de Kegel con electroestimulación del suelo pélvico, a fin de fortalecer la musculatura. Estudios han encontrado una mejoría en el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal en el 65% de los casos tras 12 meses de tratamiento.
- iv. Auto sensibilización corporal: aquí el paciente aprende a identificar las sensaciones relacionadas al inicio del reflejo eyaculatorio para así poder controlarlo.

Estrategias en pareja: tiene como objetivo mejorar la interacción sexual entre la pareja.

- i. Técnicas de focalización sensorial: consiste en una serie de juegos corporales (caricias, masajes eróticos, besos) para promover el intercambio de sensaciones.
- ii. Técnica de parada-arranque: incluye ejercicios de entrenamiento en masturbación progresiva en pareja, para que el hombre pueda familiarizarse con sus sensaciones preeyaculatorias.
- iii. Técnica del apretón: en el momento en que el hombre perciba el primer deseo de eyacular, él mismo o su pareja realizará presión sobre la zona balanoprepucial hasta que desaparezca la sensación, y luego se reanuda la estimulación.
- iv. Técnica cognitiva del continuum de la excitación: se trata de que el paciente reconozca de manera consciente los escenarios, sensaciones o pensamientos que le generan mayor grado de excitación, y así disminuirlos o aumentarlos.
- v. Penetración vaginal sin movimientos. (San Martín, 2014).

Una barrera que enfrenta la terapia sexológica es el estigma social que representa para muchos hombres el acudir a un extraño para tratar temas de índole sexual, además someterse a este tipo de terapias requiere de un gran compromiso, esfuerzo y paciencia no solo por parte del hombre, sino también de su pareja; muchos pacientes al no ver resultados con inmediatez, no prosiguen con la terapia alegando no haber tenido éxito.

### **Terapia farmacológica**

- i. Anestésicos tópicos: parecen ser seguros al no generar efectos secundarios sistémicos, sin embargo, sí pueden generar hipoestesia intensa en el pene, reacciones cutáneas, adormecimiento de la vagina de la pareja. Actualmente en desuso. (Fernández, 2014).
- ii. Clomipramina: antidepresivo tricíclico, que ha demostrado su efectividad en varios estudios, donde se evidencia un aumento en el tiempo de latencia eyaculatorio intravaginal. Se puede administrar diariamente (25-50 mg) o a demanda (25 mg) 5 horas antes del coito. (García, José et al, 2010).



- iii. Inhibidores de la fosfodiesterasa-5: en algunos estudios se han obtenido buenos resultados en cuanto control eyaculatorio, por lo que se pueden considerar como opción en pacientes que presenten eyaculación precoz en conjunto con disfunción eréctil. (Jurado, 2014).
- iv. Bloqueadores alfa: se han estudiado como posibles fármacos para tratar la eyaculación precoz debido a que provocan retraso eyaculatorio. A pesar de que no cuentan con suficientes datos que respalden su uso, muchos autores los consideran como opción con pacientes con eyaculación precoz asociada a sintomatología del tracto urinario inferior. (Jurado, 2014)
- v. Tramadol: analgésico opiáceo de acción central; su papel en el tratamiento de la EP no está del todo claro, sin embargo, en estudios se ha demostrado que aumenta el tiempo de latencia eyaculatorio intravaginal hasta 7,37 min, brindando mayor control eyaculatorio. (Martín, 2011).
- vi. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: son antidepresivos que se han utilizado mucho como tratamiento para la EP debido a su efecto retardante en la eyaculación. Según el metaanálisis de Waldinger, estos son los ISRS con mayor eficacia: paroxetina, sertralina, fluoxetina y citalopram. Se deben usar de forma crónica y su efecto máximo se logra a las 3-4 semanas. Su administración por demanda es menos eficaz. (Jurado, 2014).

### **El papel de la dapoxetina en la EP**

La dapoxetina es el primer fármaco diseñado específicamente para tratar la eyaculación precoz. Es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, que ejerce mínimo efecto sobre la recaptación de dopamina y noradrenalina. Se diferencia de los otros ISRS por ser de acción corta y actuar a nivel supraespinal inhibiendo el reflejo eyaculatorio. Otra diferencia importante con respecto a otros ISRS, es que, debido a sus características farmacocinéticas, es un fármaco apto para administrar por demanda (antes de la relación sexual), es decir, no requiere dosificación diaria. (McCarty & Dinsmore, 2012).

### **Farmacocinética**

Dapoxetina es una molécula que tras su administración oral se absorbe rápidamente, alcanzado concentraciones máximas 1-2 horas después. Cuenta con una biodisponibilidad absoluta del 42%, permitiendo su administración con alimentos, y una unión a proteínas del suero del 99%, lo que facilita su distribución por todo el cuerpo. La dapoxetina es metabolizada por varios sistemas enzimáticos a nivel hepático y renal, principalmente CYP2D6, CYP3A4 y flavina monooxigenasa (FMO1). Es metabolizada en múltiples metabolitos, la dapoxetina intacta y el N-óxido de dapoxetina son los metabolitos más importantes que circulan en plasma. (McCarty & Dinsmore, 2012).

Su eliminación es fundamentalmente por vía urinaria; 24 horas después de su administración, su concentración plasmática se reduce a menos del 5%. No se ha observado una correlación entre el aclaramiento de creatinina y la concentración máxima o la biodisponibilidad de dapoxetina en pacientes con insuficiencia renal leve-moderada, y en pacientes que requieren diálisis renal aún no se cuenta con estudios al respecto. (McCarty & Dinsmore, 2012).

### **Dosificación, administración y contraindicaciones**

Se recomienda una dosis inicial de 30 mg, sin embargo, se puede aumentar hasta un máximo de 60 mg según tolerabilidad del individuo. Al ser un medicamento que no requiere dosis de impregnación, se puede administrar por demanda, 1-3 horas antes de la relación sexual (acompañado con agua), con una frecuencia máxima de una dosis cada 24 horas. Se debe evitar el consumo de alcohol y otras drogas recreativas mientras el paciente este bajo tratamiento con dapoxetina. Está contraindicado su uso en aquellos pacientes que reciban terapia concomitante con inhibidores del citocromo P450 3A4 (como ketoconazol), inhibidores de la monoaminoxidasa, otros ISRS, u otros medicamentos o plantas medicinales como la hierba de San Juan. También no se recomienda su uso en pacientes con insuficiencia hepática moderada-grave, en aquellos que cuenten con patologías cardíacas como insuficiencia cardíaca NYHA clase II-IV, bloqueo de segundo o tercer grado o enfermedad valvular significativa. (McCarty & Dinsmore, 2012).

## **Eficacia de la dapoxetina**

La eficacia de la dapoxetina se puso a prueba en 5 ensayos clínicos doble ciego y controlados con placebo, donde fueron evaluados 6.081 hombres procedentes de 32 países. En los ensayos solo se incluyeron hombres heterosexuales mayores de 18 años de edad, que presentan eyaculación precoz en la mayor parte de sus relaciones sexuales, 6 meses antes del reclutamiento y que no padecían ningún otro trastorno sexual. El periodo de seguimiento fue entre 9 y 24 semanas. El criterio que principalmente se evaluó en estos pacientes fue el tiempo la latencia eyaculatorio intravaginal (el cual fue debidamente cronometrado). Se subdividió a los participantes en 3 grupos: un grupo recibió placebo, y los otros 2 grupos recibieron 30 mg y 60 mg de dapoxetina respectivamente. Al cabo de la semana 24, se observó que el aumento en el TLEI fue estadísticamente mayor en los grupos que recibieron 30 mg y 60 mg de dapoxetina (3,2 y 3,5 minutos respectivamente) en comparación con los que recibieron placebo (1,9 minutos), tomando en cuenta que el TLEI basal fue de 0,9 minutos. (Russo, A. et al, 2016).

La eficacia de la dapoxetina no se limita solo a aumentar el TLEI, sino también demostró ser superior en mejorar la satisfacción en los encuentros sexuales y en reducir sentimientos de angustia, estrés, ansiedad o dificultades interpersonales. En dos de los cinco ensayos el porcentaje de pacientes que reportaron una mejora en el control de la eyaculación “buena” o “muy buena”, pasó de 0,3% al inicio, hasta 23,9% y 30,2% a las 12 semanas de tratamiento con 30 mg y 60 mg respectivamente, frente a un 24,6% con placebo. (Russo, A. et al, 2016).

## **Efectos adversos**

En todos los ensayos la dapoxetina mostró un perfil de seguridad aceptable, el reporte de efectos adversos fue estadísticamente bajo, y en su mayoría fueron de gravedad leve o moderada. Entre los más frecuentes: mareos, cefaleas, náuseas, diarrea, insomnio y cansancio. Las reacciones adversas severas o

graves se reportaron en < 5% de los pacientes. La incidencia de efectos adversos asociados con depresión se reportó en < 1% en todos los ensayos. A diferencia de los otros ISRS, la dapoxetina mostró una incidencia de efectos adversos relacionados con la función sexual, significativamente menor, un 60% en contraste con 1-10% respectivamente. También se notificaron algunos casos de síncope (de etiología vasovagal), con una frecuencia de 0,06% con dapoxetina a 30 mg y de 0,23% con dosis de 60 mg. La mayoría de los casos de síncope se presentaron en las primeras 3 horas tras su administración, y en general los efectos adversos se reportaron con mayor frecuencia en los pacientes que recibieron dapoxetina en dosis de 60 mg, lo que sugiere una relación dosis-dependiente. (Russo, A. et al, 2016).

Es de suma importancia que el médico en la consulta explique ampliamente y con detalle la correcta administración, dosificación y potenciales efectos adversos que pudieran presentarse durante el tratamiento, con el fin de evitar que los pacientes acudan a internet en busca de información que no necesariamente es veraz, y que puede influir en que el paciente abandone la terapia o consuma fármacos de dudosa procedencia no autorizados para la eyaculación precoz. (Martínez, 2011).

## **Conclusiones**

La eyaculación precoz es un problema que impacta de manera importante la calidad de vida del hombre que la padece. Es importante una buena relación médico-paciente, basada en la confianza para poder así generar un canal de comunicación, que le permita al paciente tratar este tipo de temas con su médico. Es fundamental hacer un diagnóstico lo más preciso posible con base en una adecuada definición del trastorno. Es importante individualizar el tratamiento en cada caso, evaluando el tipo de EP que presenta el paciente. La opción de tratamiento farmacológico de dapoxetina en combinación con intervención sexológica, ha demostrado los mejores resultados, en comparación con las otras alternativas de tratamiento. Se debe recalcar que el apoyo de la pareja es clave para el éxito del tratamiento. (San Martín, 2014).

## Bibliografía

- Cruz, N. et al. (2016). De la definición al impacto social de la eyaculación precoz. *Actas Urológicas Españolas*, 1-3.
- Fernández, D. (2014). La eyaculación precoz. Actualización del tema. *Revista Clínica Médica Familiar*, 45-51.
- García, J. et al. (2010). Eyaculación prematura. *Revista Internacional de Andrología*, 28-50.
- Jurado, A. (2014). Eyaculación farmacológico de la eyaculación precoz. *Semergen*, 16-21.
- Martín, S. (2011). Eyaculación precoz: novedades farmacológicas. *Offarm*, 9-87.
- Martínez, J. (2011). ¿Qué pasa con la eyaculación precoz en 2011? *Revista Internacional de Andrología*, 14-20.
- Mas, M. (2014). Actualización de la fisiología de la eyaculación. Definición, prevalencia y etiología de la eyaculación precoz. *Semergen*, 3-10.
- McCarty, E., & Dinsmore, W. (2012). Dapoxetine: an evidence-based review of its effectiveness in treatment of premature ejaculation. *Core Evidence*, 1-14.
- Montero, A. (2017). ¿De dónde venimos y hacia dónde vamos en el tratamiento de la eyaculación precoz? *Actas Urológicas Españolas*, 1-3.
- Prieto, R. et al . (2017). Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la eyaculación precoz: recomendaciones de experto. *Revista Internacional de Andrología*, 70-77.

Russo, A. et al. (2016). Efficacy and safety of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: an evidence-based review. *The International Journal of Clinical Practice*.

San Martín, C. (2014). Intervención sexológica en eyaculación precoz. *Semergen*, 22-27.

Sánchez, F. (2010). El médico ante el anuncio televisivo de eyaculación precoz. *Revista Internacional de Andrología*, 51-56.

Sánchez, F. (2014). Eyaculación precoz: conocerla, diagnosticarla y corregirla. *Semergen*, 1-2.