

## CONCEPTO DE EYACULACIÓN PRECOZ

"La eyaculación precoz (EP) masculina se caracteriza por eyaculación que ocurre antes o dentro de un **período muy corto** del inicio de la penetración vaginal u otra estimulación sexual relevante, con poco o **ningún control** percibido sobre la eyaculación. Puede ocurrir de forma episódica o persistente durante un período de al menos varios meses y está asociada **con angustia significativa** "

\* Int. Classification of Diseases 11th Rev.



## DIAGNÓSTICO

Basado en **INFORMACIÓN CLÍNICA Y SEXUAL** aportada por el paciente y/o la pareja.

**Evaluar:** **IELT (tiempo de latencia intravaginal: tiempo que pasa desde la penetración hasta la eyaculación)** autocalculado por el paciente, control percibido, angustia y dificultad interpersonal debido a la disfunción eyaculatoria.

**Exploración física:** identificar afecciones médicas subyacentes asociadas u otras disfunciones sexuales, en particular la disfunción eréctil (DE).

## TIPOS DE EYACULACIÓN PRECOZ

**PERMANENTE:** < 1 min. Constante y primaria  
Causa genética o neurobiológica.

**ADQUIRIDA:** < 3 min. Psicológica o somática.  
Momento biográfico claro de inicio.

**VARIABLE:** Sólo en determinadas ocasiones, no costante. Variante de la normalidad.

**SUBJETIVA:** Queja a pesar de normalidad de sus tiempos (> 3 min). Origen psicológico

DMS-V / ISSM.

### Cuestionarios estandarizados (opcionales):

- **PEDT** (Premature Ejaculation Diagnostic Tool)\*
- **AIPE** (Arabic Index of Premature Ejaculation)\*
- **PEP** (Premature Ejaculation Profile)
- **MSHQEJD** (Male Sexual Health Questionnaire Ejaculatory Dysfunction)
- **IPE** (Index of Premature Ejaculation)

\* Los únicos que diferencian entre tener EP y no tenerla

**No se recomienda** realizar análisis de laboratorio o neurofisiológicos de rutina.

## TRATAMIENTO

- **Asesoramiento / educación** al paciente
- Discusión de las **opciones de tratamiento**
- Incluir a la **pareja** si es posible y evaluar el impacto de la EP en ella.
- **Si la EP es secundaria a disfunción eréctil (DE), tratarla primero o concomitantemente**
- Tratamiento quirúrgico: (postectomía, neurotomía) Poca evidencia, difícil establecer riesgo/beneficio. Se considera experimental.

**TRATAMIENTO ETIOLÓGICO** (si causa orgánica)  
DE, prostatitis, síntomas del tracto urinario inferior (STUI), ansiedad, hipertiroidismo

### TERAPIA SEXOLÓGICA (suele combinarse con Tto farmacológico)

#### INDIVIDUAL

Ejercicios de relajación. Control de la ansiedad  
Ejercicios de Kegel, entrenamiento de suelo pélvico.

#### DE PAREJA

**Técnica de parada / arranque (stop/start)**

**Técnica de compresión del pene (squeeze)**

**Penetración vaginal sin movimientos.**

**Técnica cognitivo conductual de la excitación**

**Eliminación distorsiones cognitivas de la relación sexual**

**Técnicas de focalización sensorial**

**TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO** (1ª línea en EP Permanente) APROBADOS:

**DAPOXETINA:** ISRS de acción corta, primer fármaco diseñado específicamente para EP. Funciona en EP **permanente y adquirida**. Uso a demanda; **30 o 60mg**, 1-2 h. antes del coito. Incrementa 2.5-3 veces, respectivamente, el IELT. Efectos adversos (EAs) dosis dependientes (4-10%): náuseas, diarrea, dolor de cabeza y mareos.

**AEROSOL DE LIDOCAINA/PRILOCAÍNA** (150/50 mg/ml): Concentra una película de dosis controlada cubriendo el glande, maximizando el **bloqueo neural y minimizando la aparición de entumecimiento**. EAs: hipoestesia genital (4.5% y 1% en parejas), DE (4.4%), y ardor vulvovaginal (3,9%). Sin efectos sistémicos.

### Tratamientos fuera de indicación (off-label):

- **Tramadol:** Inhibe la recaptación de norepinefrina y de serotonina. A demanda, 50 mg 2 h. antes del coito, ha demostrado alargar el IELT muy significativamente. Muy pocos EAs.
- **Anestésicos tópicos:** Pueden causar reacciones cutáneas y una excesiva hipoestesia en el pene y en la vagina. Escasa evidencia.
- **Clomipramina:** antidepresivo tricíclico serotoninérgico. A demanda, 15 mg, 2-6 h antes del coito. EAs: náuseas (15,7%) y mareo (4,9%)
- **ISRS:** Uso diario, poca evidencia. Paroxetina, fluoxetina, sertralina. Efecto a las 2 sem, taquifilaxia a partir de 6 m. Numerosos EAs, algunos graves.
- **PDE5I:** La combinación de ISRS y PDE5I puede ser más efectivo en comparación con ISRS o PDE5I en monoterapia.