

Tratamiento de la eyaculación precoz. Punto de vista del internista

Jorge Aldrete Velasco,* Manuel Ramón Janeiro Sarabia,** Sol del Mar Aldrete Audiffred***

RESUMEN

El trastorno sexual masculino más común es la eyaculación precoz, con prevalencias que varían de 24 a 31%. El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM-IV-TR]) la define como una eyaculación persistente o recurrente que resulta de una estimulación sexual mínima y que sucede antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y ocasiona un malestar significativo. También se ha sugerido entenderla con la definición del tiempo de latencia eyacularia intravaginal. Al momento de hacer el diagnóstico es importante realizar una historia médica y una exploración física detalladas para descartar trastornos sistémicos (neurológicos, endocrinos, cardiovasculares, etc.). Entre el amplio rango de medicamentos con los que se cuenta en la actualidad para tratar la eyaculación precoz, los de elección son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, por su importante efecto de prolongación del tiempo de latencia eyacularia intravaginal y por sus pocos efectos adversos. En un estudio realizado recientemente en la Ciudad de México se observó que en dosis de 15 y 20 mg administradas en un lapso de 12 semanas, la paroxetina es efectiva y segura para tratar la eyaculación precoz; existen diferencias significativas en el tiempo de latencia eyacularia intravaginal y en el índice de eyaculación prematura en relación con el placebo. Estos resultados deben verse como un aliciente para seguir investigando en México la eyaculación precoz y para resolver las interrogantes que aún quedan.

Palabras clave: eyaculación precoz, paroxetina, disfunción sexual, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.

ABSTRACT

Premature ejaculation (PE) is the most common male sexual disorder, with prevalence rates ranging from 24 to 31%. The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) defines PE as a persistent and recurrent ejaculation with minimal sexual stimulation before, on, or shortly after penetration, causing a marked distress. Nonetheless, the timing of intravaginal ejaculatory latency time (IELT) has been suggested for its definition. At the moment of making the diagnosis it is important to elaborate a complete medical history and physical examination in order to rule out systemic diseases (neurological, endocrine, cardiovascular, etc). Nowadays, we have and ample range of pharmacological therapy, being the selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) the preferred treatment due to their significant effect in the prolongation of the IELT and their few adverse reactions. In a recent clinical trial conducted in Mexico city, paroxetine at daily doses of 15 and 20 mg, was found to be effective and safe for the treatment of PE; observing significant statistical differences in the IELT and PE index compared with placebo. These results should be used as an incentive to continue the conduction of clinical trials in Mexico and solve the questions that still remain.

Key words: premature ejaculation, paroxetine, sexual dysfunction, selective serotonin reuptake inhibitors.

* Médico internista colegiado, ex Secretario de Actividades Científicas del Colegio de Medicina Interna (2007-2008).

** Profesor adjunto de Geriatría, módulo de Urología, Universidad Anáhuac. Adscrito al servicio de Urología del Hospital Español de México, México, DF.

*** Residente de Medicina Interna, Emory University School of Medicine, Atlanta, EUA.

Correspondencia: Dr. Jorge Aldrete V. Patriotismo 359, colonia San Pedro de los Pinos, México 03800, DF. Correo electrónico: paracelsus_dirección@hotmail.com

Recibido: 17 de junio de 2010. Aceptado: Julio, 2010.
Este artículo debe citarse como: Aldrete-Velasco J, Janeiro-Sarabia MR, Aldrete-Audiffred SM. Tratamiento de la eyaculación precoz. Punto de vista del internista. Med Int Mex 2010; 26(5):485-491.

En cuanto estuvieron disponibles, desde la década de 1990, las sustancias inhibidoras de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE-5) para tratar la disfunción erétil, los varones han mostrado un cambio de actitud para aceptar y discutir los problemas inherentes a la salud sexual, sobre todo, los relacionados con la eyaculación precoz y la disfunción erétil. Sin embargo, a pesar de que la eyaculación precoz es el trastorno sexual masculino más común (la relación entre la eyaculación precoz y la disfunción erétil es de 3:1)¹ y a pesar de que su tratamiento logra tasas de efectividad similares a las de la disfunción erétil (75%),² muchos pacientes aún evitan discutir sobre su trastorno.

La eyaculación precoz es definida en el DSM-IV-TR³ (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) como una eyaculación persistente o recurrente que resulta de una estimulación sexual mínima y que sucede antes de que la persona desee que ocurra –antes, durante o poco tiempo después de la penetración–, lo que ocasiona un malestar significativo o dificultades en las relaciones interpersonales. La Asociación Americana de Urología la define en forma muy similar: “La eyaculación que ocurre antes de lo deseado, antes o poco tiempo después de la penetración, y que genera malestar en la pareja”.⁴

Recientemente, la Sociedad Internacional de Medicina Sexual⁵ redefinió el concepto de eyaculación precoz al incluir el tiempo de latencia eyacularia intravaginal, que es el tiempo que transcurre desde la penetración hasta la eyaculación; por tanto, ahora interpreta a la eyaculación precoz como la eyaculación que ocurre, siempre o casi siempre, antes de la penetración o al minuto de ésta y como la incapacidad para retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales. La eyaculación precoz conlleva consecuencias personales negativas, como: estrés, frustración o evitación de la intimidad sexual. Sin embargo, en Estados Unidos un estudio observacional mostró que la media de tiempo de latencia eyacularia intravaginal en varones con eyaculación precoz fue de tres minutos (mediana = 1.8 min) y que la media en varones sin eyaculación precoz fue de más de nueve minutos (mediana = 7.3 min), lo que es una considerable diferencia entre ambos grupos.⁶

Para hacer el diagnóstico se recomienda tomar en cuenta –de las diversas definiciones y conceptos existentes– la latencia eyacularia, el grado de control voluntario, el malestar o dificultad personal y la exclusión de enfermedades que pudieran ocasionar los síntomas.⁷

En hombres de 18 a 59 años la prevalencia de eyaculación precoz, según la Encuesta Nacional de Salud y Vida de Estados Unidos,⁸ es de 30%. En Alemania e Italia se observa una prevalencia que varía de 23.4 a 25.6%.⁹

Después de estas estadísticas, la pregunta obligada es ¿qué se ha observado en México? En el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología se estudiaron, en 2005, 363 varones (media de edad = 32 años) y se encontró que el segundo trastorno sexual más común en ellos era la eyaculación precoz, con una frecuencia de 16.5%.¹⁰ No obstante, una encuesta internacional realizada

en 2004,¹ mostró que la prevalencia de eyaculación precoz en nuestra región fue de 28.2% (24.6-31.8), mucho mayor que la disfunción eréctil observada, que fue de 13.7%.

Cuando los pacientes acuden a consulta, la primera no es por eyaculación precoz, a pesar de la frecuencia con que ocurre ésta. Por tanto, el diagnóstico no puede establecerse, a menos que el historial sexual del paciente se indague de manera directa. Por eso, durante la práctica clínica cotidiana la evaluación de los pacientes debe orientarse a indagar, como rutina, el historial sexual de ellos.¹¹ Dicho historial puede indagarse mediante aparatos y sistemas (aparato genitourinario o relaciones y conductas) y mediante esta pregunta inicial: “¿Está satisfecho con sus relaciones sexuales actuales?” En el Cuadro 1 se sugieren algunas preguntas para realizar la evaluación inicial de los pacientes.

Un historial médico y sexual detallado y una exploración física completa son los pasos más importantes para establecer el diagnóstico diferencial de disfunción sexual.

Cuadro 1. Interrogatorio dirigido ante la sospecha de eyaculación precoz (información que debe obtenerse del paciente que padece eyaculación precoz)*

Fecha de inicio:

Primaria (de toda la vida, desde que inició la actividad sexual). Secundaria (adquirida después de un periodo de actividad sexual normal).

Factores precipitantes:

Educación sexual deficiente. Sentimientos de culpa debido a la masturbación. Inhibiciones culturales o religiosas.

¿Qué tan seguido ocurre la eyaculación precoz?

Siempre/la mayoría de la veces/algunas veces.

¿Qué tan seguido tiene relaciones sexuales?

Tiempo de latencia eyacularia intravaginal. Estimación del tiempo en segundos o minutos.

En usted, ¿qué efecto produce la eyaculación precoz?

Estrés o evita la actividad sexual. Problemas en su relación de pareja. Satisfacción sexual. Calidad de vida.

En su pareja, ¿qué efecto produce la eyaculación precoz?

* Adaptado de Palmer NR, Stuckey BG. Premature ejaculation: a clinical update. Med J Aust 2008;188:662-666.

ETIOPATOGENIA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Trastornos relacionados con más frecuencia con la eyaculación precoz¹²

- Psicológicos. Una alteración debida a causas psicogéneas aparece habitualmente en forma súbita. Asimismo, el inicio agudo de la disfunción puede ser el resultado de comenzar a tratarse con determinado fármaco, o bien, puede deberse a una intervención quirúrgica pélvica o a un traumatismo. La disfunción sexual debida a trastornos sistémicos suele ser un problema gradual y progresivo y refleja la duración de la enfermedad subyacente. En los ancianos los factores culturales, étnicos y socioeconómicos influyen en sus actitudes y conductas sexuales.
- Neurológicos. Las lesiones neurológicas centrales (enfermedad de Parkinson, eventos vasculares cerebrales, esclerosis múltiple, traumatismos, tumores y operaciones encefálicas) y las lesiones neurológicas periféricas (neuropatía sensitiva, diabetes mellitus, alcoholismo y deficiencia de vitamina B) pueden producir alteraciones sexuales.

Trastornos endocrinos o metabólicos

- Diabetes mellitus. La diabetes es la enfermedad endocrina más relacionada con la disfunción sexual, debida a factores vasculares, neurogénicos, psicológicos o a una combinación de estos más que a una alteración hormonal por sí misma.
- Dislipidemia.
- Hipogonadismo. La testosterona desempeña una función importante en la libido del varón y de la mujer. Los pacientes jóvenes con diagnóstico de hipogonadismo deben ser evaluados para establecer la causa.
- Hipertiroidismo o hipotiroïdismo.
- Hiperprolactinemia. Además de los prolactinomas, las enfermedades hepáticas, la insuficiencia renal y algunos fármacos pueden causar hiperprolactinemia secundaria.
- Hiperestrogenemia. La hiperestrogenemia suele ser secundaria a obesidad, con incremento de la aromatización periférica –en el tejido adiposo– de testosterona a estradiol.
- Síndrome de Cushing o enfermedad de Addison.

Trastornos cardiovasculares

- Cardiopatía, hipertensión arterial y disfunción endotelial.

Trastornos vasculares del pene

- Falla del llenado arterial, fuga venosa, traumatismo, historia de priapismo (isquemia) y fenómeno de Raynaud del pene.

Medicación

Los fármacos que modifican los mecanismos hormonales, monoaminérgicos, adrenérgicos y colinérgicos se asocian con disminución del deseo sexual, de la erección o de la eyaculación. En general, los medicamentos que ejercen efectos estimulantes son los que potencian la acción de la dopamina o que antagonizan a la serotonina; en contraste, los medicamentos que interfieren con las funciones sexuales son los que disminuyen la actividad dopamínérgica o que refuerzan la acción serotoninérgica.

- Antihipertensivos. Diuréticos (tiazidas y espironolactona).
- Inhibidores de la 5-alfa reductasa.
- Antidepresivos. Los antidepresivos (tricíclicos, tetracíclicos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina e inhibidores de la MAO) pueden disminuir la libido, originar disfunción eréctil e inhibir la eyaculación.
- Antipsicóticos (neurolepticos). La disfunción eréctil y la alteración de la eyaculación son características de los neurolepticos con actividad anti-colinérgica y adrenérgica-alfa (disfunción eréctil o ausencia de emisión), y que pueden asociarse con priapismo.
- Ansiolíticos.
- Antiandrógenos, agonistas LH-GnRH y estrógenos. El tratamiento del cáncer de próstata aumenta la prevalencia de los problemas sexuales.
- Antinflamatorios no esteroides. Inhiben la síntesis de prostaglandinas (que contribuyen al tono del músculo liso de los cuerpos cavernosos).
- Anticonvulsivos. Estos agentes incrementan la inducción de las enzimas hepáticas, lo que conlleva aumento del metabolismo de los andrógenos.

- Antimicóticos: ketoconazol, itraconazol, fluconazol (a través del mismo mecanismo de los anticonvulsivos).
- Antineoplásicos. Pueden producir pérdida progresiva de la libido, neuropatía periférica, disfunción eréctil y azoospermia.
- Bloqueadores de los receptores H₂ (ranitidina y famotidina).
- Metoclopramida.
- Digoxina.

Drogas

- Tabaco, alcohol, opiáceos, heroína y marihuana.

Trastornos sistémicos

- Insuficiencia renal crónica. En pacientes con este padecimiento influyen múltiples factores, como los niveles disminuidos de la testosterona, concentraciones elevadas de prolactina, neuropatía autonómica y neuropatía somática, insuficiencia vascular, polifarmacia, empeoramiento de la enfermedad primaria y estrés.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La disnea se agrava a menudo durante la relación sexual de los pacientes con esta enfermedad.
- Cirrosis. En pacientes con esta afección también se observan múltiples factores, como feminización, hipogonadismo e hipotiroidismo.

Causas varias

- Intervención quirúrgica. En ocasiones puede producirse una disfunción sexual después de una intervención quirúrgica prostática por enfermedad benigna. También puede haber, después de una resección transuretral de próstata, eyaculación retrógrada hasta en 80% de los pacientes. Además, la prostatectomía radical y la amputación abdominoperineal frecuentemente ocasionan alteraciones sexuales.
- La simpatectomía bilateral en L-2 y la linfadenectomía retroperitoneal bilateral alta causan un porcentaje alto de fallas de emisión.
- Radiación en la pelvis. La mayoría de los varones experimenta una disminución en la frecuencia y en la calidad de la relación sexual.
- Traumatismo en la pelvis. Las lesiones traumáticas pueden causar disfunción eréctil por afectación de la

irrigación arterial (aorta, iliaca común, iliaca interna o pudenda interna). Una lesión directa en los nervios cavernosos o pudendos, ocasionada por traumatismo, puede interrumpir la vía neural.

- Enfermedad de Peyronie. Puede producirse incurvación y dolor del pene durante la erección.

TRATAMIENTO

Una vez establecido el diagnóstico y descartado un trastorno sistémico, se procede a determinar el tratamiento debido a que el rango de tratamientos disponibles es bastante amplio; por eso, en la actualidad se dispone de diversas sustancias para tratar la eyaculación precoz, como anestésicos tópicos (lidocaína con pilocarpina), antidepresivos tricíclicos (clomipramina), inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (fluoxetina, Hemihidrato del clorhidrato de paroxetina, sertralina) e inhibidores de la fosfodiesterasa (sildenafil). A pesar de que la Food and Drug Administration (FDA) no ha aprobado ninguno de estos tratamientos para tratar la eyaculación precoz, su administración es respaldada por varios ensayos clínicos.¹³

La eyaculación precoz puede tratarse con el método de dejar de estimular el pene, cuando perciba la proximidad del orgasmo, o con el método de comprimir el glande, cuando esté a punto de eyacular. La sensibilidad de la mucosa glanulofrenicular se reduce si se coloca un condón en el pene o si se aplica localmente un anestésico tópico de lidocaína, en forma de crema, gel o aerosol. Estos tratamientos son los más antiguos y aún son los más ampliamente utilizados.¹⁴

En años recientes se ha sugerido que se administren inhibidores de la fosfodiesterasa (vardenafil, tadalafil o sildenafil) para tratar la eyaculación precoz. Sin embargo, después de que se analizaron 14 estudios realizados entre 2001 y 2006, sólo uno de los medicamentos cumplía con todos los criterios de la medicina basada en evidencias. Por tanto, respecto al uso efectivo de estas sustancias para tratar la eyaculación precoz no hay certidumbre, a menos que el paciente padezca de manera concomitante una disfunción eréctil.¹⁵

La dapoxetina es un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina de vida media corta que en estudios iniciales retrasó poco la eyaculación; no obstante, evidenció un efecto benéfico en el control de la misma y en la satisfacción. Sin embargo, los estudios realizados no cuentan con

el análisis estadístico apropiado para medir el retraso de la eyaculación; en ellos tampoco se midieron de manera apropiada las reacciones adversas,¹⁶ entre las cuales hubo náusea, cefalea, diarrea, mareo y síncope.

En la actualidad, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son el tratamiento de elección para la eyaculación precoz. Un estudio realizado por Waldinger y col.,¹⁷ en 2004, mostró en orden descendiente de eficacia (expresado por el incremento de la media geométrica del tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal) lo siguiente: paroxetina (media de tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal: 8.8; intervalo de confianza 95%: 5.9-13.2), clomipramina (4.6; IC 95%: 3.0-7.4), sertralina (4.1; IC 95%: 2.6-7.0) y fluoxetina (3.9; IC 95%: 3.0-5.4).

No obstante los grandes avances hechos en el terreno de la eyaculación precoz, aún existen muchas interrogantes por contestar, y el hecho de que todavía haya inconsistencias no favorece los estudios realizados a este respecto:

- No se han establecido estándares para estudiar la eyaculación precoz (se utilizan definiciones, criterios de inclusión y parámetros de evaluación diferentes).
- Existe una falta de acuerdo para cuantificar los estímulos que el paciente recibe para poder llegar a excitarse.
- Hay inconsistencia e imprecisión en la forma de medir el tiempo de la eyaculación; por ejemplo, si el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal es cuantificado al momento por la pareja sexual o si es cuantificado de manera retrospectiva.

Mientras no exista uniformidad respecto a estos factores, es imposible hacer un metanálisis de los estudios publicados. Por tanto, en nuestra población, ¿qué criterio se utilizaría para diagnosticar la eyaculación precoz? ¿Cómo valorar la severidad y el efecto de la eyaculación precoz? En nuestra población, ¿cómo puede saberse si los tratamientos actuales son eficaces? ¿Cómo valorar la respuesta al tratamiento?

Recientemente se publicó un artículo que puede dar respuestas a algunas de estas interrogantes. Se trata de un trabajo que estudió la efectividad y la seguridad de la paroxetina (en dosis de 15 y 20 mg) en la población mexicana con eyaculación precoz.¹⁸ Es un estudio prospectivo, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, en el que se valoraron –por 12 semanas y en dos sitios de la Ciudad de México– tres grupos de tratamientos: placebo, paroxetina 15 mg y paroxetina 20 mg. La población de

estudio consistió en varones de 20 a 70 años de edad que tuvieran una relación estable con una mujer. Para el diagnóstico se utilizaron los criterios que estableció el DSM-IV-TR y que previamente fueron mencionados. Además, los pacientes debían tener –en al menos 75% de los encuentros sexuales– un tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal menor a los tres minutos. La referencia de corte de tres minutos se estableció porque con este lapso se incluía de 57 a 68% de la población con diagnóstico clínico de eyaculación precoz. Así se amplió el rango de pacientes y esto permitió ofrecer tratamiento a los que lo requerían y a los que tenían ya repercusiones en su desempeño y en sus relaciones interpersonales. Se tomó el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal basal y final, se transformaron logarítmicamente los valores finales y se expresaron como la media geométrica, para así poder compararlos con los resultados que se obtuvieron en otros estudios clínicos.

Se utilizó paroxetina y no otro inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina, quizás porque en algunos estudios se ha observado mayor efecto en el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal, con incremento en la media geométrica del tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal de hasta 8.8 y con un IC de 5.9-13.2.¹⁹ En cuanto a la administración de un tratamiento continuo en vez de una dosis única previa al encuentro sexual, se decidió por el tratamiento continuo porque pocos estudios han mostrado un retraso significativo de la eyaculación cuando la dosis se administra de tres a cinco horas antes del encuentro sexual.¹⁷ En un estudio similar, realizado por Waldinger y col., se mostró que 81% de los pacientes en tratamiento prefieren la ingestión diaria porque son más espontáneos en el acto sexual.²⁰

Se tomó en cuenta el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (medido con reloj y por pareja al momento de la relación sexual) y posteriormente se hizo un subanálisis de los pacientes con tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal menor a 2 minutos y con tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal menor a 1 minuto. Como determinaciones secundarias, se tomaron en cuenta los tres aspectos del índice de eyaculación precoz (satisfacción sexual, control sobre la eyaculación y estrés secundario a la eyaculación precoz) y el índice internacional de función eréctil.

En el estudio se distribuyó de manera aleatoria a 134 pacientes: 44 en el grupo placebo, 46 en el grupo de 15

mg de paroxetina y 44 en el grupo de 20 mg de paroxetina. Las características basales de los pacientes fueron similares, a excepción de la edad; los pacientes con más años quedaron en el grupo de 20 mg. Hasta 50% de los individuos padecían eyaculación precoz primaria y el resto la adquirieron, y en los tres grupos la distribución de individuos fue muy similar.

Respecto a las distintas variantes de eyaculación precoz –como la primaria, la adquirida, la variable natural y la disfunción eyacularia prematura–, sólo las dos primeras se consideran patológicas. Como la variable natural representa una variación normal de la actividad sexual, no se considera una alteración, porque ocurre de manera irregular e inconsistente y porque la mayor parte de las veces el tiempo de latencia eyacularia intravaginal es normal. La disfunción eyacularia prematura se observa en varones que suponen una eyaculación precoz pero que tienen tiempos de latencia eyacularia intravaginal normales o, incluso, prolongados; dicha disfunción suele relacionarse con problemas psicológicos o de pareja. Tales varones se distinguen por tener una prevalencia más elevada y un tiempo de latencia eyacularia intravaginal normal; por tanto, como requieren un tratamiento diferente (psicoterapia), deben excluirse de este tipo de estudios.²¹ Esto subraya el criterio de inclusión de este estudio: pacientes con tiempo de latencia eyacularia intravaginal menor a tres minutos.

Los resultados de este estudio en población mexicana confirman lo que se menciona en la bibliografía. La mejora de la media aritmética del tiempo de latencia eyacularia intravaginal con 20 mg de paroxetina fue de 7.31, lo que resultó significativo, aun cuando se valorara en pacientes con tiempos de latencia eyacularia intravaginal menor a 2 minutos y menor a 1 minuto. Esto sugiere que los resultados de los varones mexicanos son similares a los de los varones de otros países.

Respecto al grupo de tratamiento de 15 mg de paroxetina, la diferencia observada –en relación con el grupo placebo– también fue significativa pero en menor grado y la mejoría de la media aritmética fue de 3.48, que son valores similares a los que se obtienen cuando se administran otras sustancias (sertralina o fluoxetina) en el tratamiento de la eyaculación precoz. Asimismo, la media de tiempo de latencia eyacularia intravaginal obtenida en los tres grupos fue significativamente diferente: 160.1 ± 151.8 para el grupo placebo, 277.1 ± 241.0 para el grupo de 15

mg de paroxetina y 586.6 ± 441.8 para el grupo de 20 mg de paroxetina.

Respecto a lo observado en el índice de eyaculación precoz, los dos primeros valores de esta escala (satisfacción sexual y control sobre la eyaculación) mejoraron con ambas dosis de paroxetina. Sin embargo, el estrés por desempeño sexual sólo mejoró de manera importante con la dosis de 20 mg de paroxetina.

Por último, respecto a la seguridad y a las reacciones adversas, el perfil observado fue similar a lo publicado previamente. Los eventos adversos más frecuentemente informados fueron diarrea y xerostomía. Otros efectos adversos no tuvieron diferencia estadística significativa cuando se compararon con el grupo placebo. De los cuatro pacientes que se excluyeron del estudio por efectos adversos, tres eran del grupo placebo y sólo uno era del grupo de 20 mg de paroxetina. La frecuencia menor de eventos adversos serios, como la disminución de la libido y la disfunción eréctil, puede atribuirse a que en este tipo de ensayos clínicos las dosis prescritas son inferiores a las usadas en pacientes con depresión.

CONCLUSIONES

La eyaculación precoz es un problema común. Para su evaluación y manejo se requiere que el paciente y su pareja participen. El principal objetivo del tratamiento es que el varón recupere el control sobre su eyaculación, para que haya relaciones sexuales más satisfactorias para él y para su pareja. Hasta el momento, el tratamiento más efectivo y mejor tolerado es el farmacológico, que consiste en dar –en pequeñas dosis y de manera continua– ciertos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Si se opta por el tratamiento farmacológico, es importante explicarle al paciente en cuánto tiempo hará efecto el medicamento y cuáles son las posibles reacciones adversas.

La importancia de este estudio radica en que demuestra la efectividad y la seguridad de la paroxetina para tratar la eyaculación precoz de la población mexicana; en este estudio relativamente grande (174 sujetos incluidos inicialmente) las diferencias encontradas respecto al grupo placebo fueron estadísticamente significativas y similares a las de la bibliografía mundial. Al mismo tiempo, este estudio demuestra la efectividad de dosis inferiores a las previamente valoradas en la bibliografía (para paroxetina de 15 mg) y pondera la posibilidad de administrar estas

dosis en pacientes que deban tener menos efectos adversos y que no requieran incrementar en forma importante el tiempo de latencia eyacularia intravaginal. Los resultados obtenidos deben ser un aliciente para continuar investigando la eyaculación precoz en México y para resolver las interrogantes que aún quedan.

REFERENCIAS

1. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17:39-57.
2. Palmer NR, Stuckey BG. Premature ejaculation: a clinical update. *Med J Aust* 2008;188:662-666.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington: APA, 2000.
4. Guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation (reviewed in 2008). American Urological Association (http://www.auanet.org/content/guidelines-and-quality-care/clinical-guidelines/main-reports/pme/pme_2004.pdf).
5. International Society for Sexual Medicine. ISSM definition of premature ejaculation (<http://www.issm.info/prod/system/main/index.asp> [accessed Mar 2008]).
6. Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, Rosen R, et al. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *J Sex Med* 2005;2:358-367.
7. Sadovsky R, Althof S. Men's sexual issues. *Clin Fam Pract* 2004;6:863-915.
8. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-544.
9. Rosen RC, Porst H, Montorsi F. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: a multi-national survey. *J Sex Med* 2004;1(Suppl 1):57.
10. Sánchez BC, Carreño MJ, Martínez S, Gómez ME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Rev Sal Ment* 2005;28:74-80.
11. Payne RE, Sadovsky R. Identifying and treating premature ejaculation: importance of the sexual history. *Cleve Clin J Med* 2007;74(Suppl 3):S47-S53.
12. Kandeel FR, Koussa VK, Swerdloff RS. Male sexual function and its disorders: physiology, pathophysiology, clinical investigation, and treatment. *Endocrine Reviews* 2001;22:342-388.
13. Kim SC, Seo KK. Efficacy and safety of fluoxetine, sertraline and clomipramine in patients with premature ejaculation: a double-bind, placebo controlled study. *J Urol* 1998;159:425-427.
14. Berkovitch M, Keresteci AG, Koren G. Efficacy of prilocaine-lidocaine cream in the treatment of premature ejaculation. *J Urol* 1995;154:1360-1361.
15. McMahon CG, McMahon CN, Leow LJ, Winestock CG. Efficacy of type-5 phosphodiesterase inhibitors in the drug treatment of premature ejaculation: a systematic review. *BJU Int* 2006;98:259-272.
16. Pryor JL, Althof SE, Steidle C, Rosen RC, et al. Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: an integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials. *Lancet* 2006;368:929-937.
17. Waldinger MD, Zwinderman AH, Schweitzer DH, Olivier B. Relevance of methodological design for the interpretation of efficacy of drug treatment of premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis. *Int J Impot Res* 2004;16:369-381.
18. Rubio-Auñoles E, Jaspersen-Gastelum J, Berber A, López LM y col. Hemihidrato del clorhidrato de paroxetina para eyaculación precoz en la población mexicana: un ensayo prospectivo, multicéntrico y paralelo, controlado con placebo, aleatorizado y doble ciego para estudiar la eficacia y seguridad de dosis diarias de 15 y 20 mg de hemihidrato del clorhidrato de paroxetina en el tratamiento de la eyaculación precoz de diferentes tipos. *Rev Mex Urología* 2010;70(Supl 1):1-17.
19. Waldinger MD. Premature ejaculation: definition and drug treatment. *Drugs* 2007;67:547-568.
20. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, Schweitzer DH. The majority of men with life long premature ejaculation prefer daily drug treatment: an observation study in a consecutive group of Dutch men. *J Sex Med* 2007;4:1028-1037.
21. Waldinger MD. Premature ejaculation: state of the art. *Urol Clin North Am* 2007;34(4):591-599.