

Eyacuación precoz o rápida. Avances en su tratamiento.**Manuel Correa Jauregui****RESUMEN**

La eyacuación precoz o rápida (EP) constituye hoy, posiblemente la disfunción sexual más frecuente en el género masculino y está determinada por factores sociales, culturales y el establecimiento de métodos "compensatorios". Es causante de serias afectaciones para la persona que la padece, ya sea en el plano social, psicológico o familiar. Su frecuencia es superior al de la disfunción eréctil, pero con mejores niveles de tolerancia. Entre los factores asociados a su aparición se encuentran causas biológicas, posibles endocrinopatías, predisposición genética y causas psicológicas. Entre las opciones terapéuticas se señalan los tratamientos psicoterapéuticos; desde las corrientes conductuales, agentes tópicos basados, en su gran mayoría, en Spray y cremas con componentes anestésicos. Otros como los tratamientos sistémicos se basan fundamentalmente en fármacos anestésicos y antidepresivos, así como la combinación de varios fármacos y métodos, lográndose entonces, mayores tasas de efectividad. Finalmente se propone en la actualidad la Dapoxetine, un antidepresivo (ISRS) con buenas tasas de respuesta. En el siguiente artículo se realizó una revisión del tema, profundizando en aspectos relacionados con la repuesta sexual masculina y su tratamiento. Con este objetivo se consultó los trabajos más actuales publicados en Pubmed y Medline. **Conclusiones:** La eyacuación rápida constituye un problema de salud a nivel mundial y pese a las variantes de tratamiento existentes todavía, se presenta resistencia masculina a su aceptación como trastorno y por tanto a su tratamiento. Los ISRS, y en especial la Dapoxetine, constituyen una variante de tratamiento efectiva.

Palabras clave: eyacuación rápida, disfunción sexual masculina, Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (**ISRS**).

INTRODUCCIÓN

En la actualidad son varios los estudios que abogan por una alta incidencia de trastornos sexuales en la población masculina de todas las edades. La eyacuación precoz o rápida (EP) constituye hoy, posiblemente la disfunción sexual más frecuente en el género masculino con alrededor de un 30 %¹ en la que existe un subregistro importante, al estar determinada por los factores sociales, culturales y el establecimiento de métodos "compensatorios" que pueden retrasar, hasta etapas avanzadas del desarrollo, la conciencia acerca de la magnitud del problema y se solicite ayuda profesional cuando es más difícil de tratar, muchas veces acompañadas de complicaciones como la disfunción eréctil, el consumo de sustancias (alcohol, otras drogas), pérdida de la pareja y el uso de "métodos populares", los cuales muchas veces laceran la autoestima del paciente. Diversos estudios han planteado cómo, a pesar de la alta prevalencia de este trastorno, solo una pequeña parte de los afectados, alrededor del 9 %, acuden a un profesional en busca de ayuda.² Es tal la magnitud del trastorno y las consecuencias tan negativas que trae para la persona que la padece y su pareja, que se ha sugerido en algunos países que su detección precoz y orientación oportuna debe estar al alcance de todos los médicos, sugiriéndose la inclusión del tema en los programas de formación, tanto de pregrado como de postgrado de medicina.³ Este trastorno es causante de serias afectaciones para la persona que la padece, ya sea en el plano social, psicológico y familiar. Puede afectar la autoestima, la autovaloración al creerse alejado de los patrones de masculinidad heredados, al no tener la "capacidad" de satisfacer sexualmente a su pareja, apareciendo sentimientos de inferioridad, dificultades en las relaciones de pareja e interpersonales, confluyendo todo en una afectación de la calidad de vida.

Se describe que, en el desarrollo de las distintas especies animales existe una predisposición a la realización de un coito breve, al tener mayor capacidad el macho para acceder a la cópula con varias hembras, además de ser un momento en que se está expuesto al peligro de los depredadores. En la mayoría de los mamíferos la eyaculación ocurre inmediatamente después que ocurre la penetración, por ejemplo, en los chimpancés puede llegar a tan solo 30 segundos; en cambio, en el ser humano puede tener una duración que va desde un minuto hasta una hora, con gran variabilidad según la persona y ciertas circunstancias, lo que permite un encuentro sexual en busca del placer. Durante muchos años la unión sexual tuvo como objetivo único la procreación, pero con el paso de los años fue perdiendo su antigua utilidad para acercarse a la búsqueda del placer que predomina en la actualidad. Incluso en épocas remotas, como la victoriana, se consideró como un signo de superioridad masculina la prontitud en la eyaculación, sin pensar en el disfrute o no por parte de la mujer.

Desde un punto de vista biológico, en los animales la necesidad de cópula es estimulada por picos hormonales que provocan cambios en los órganos reproductores de las hembras, especialmente en las nalgas y zona perianal, siendo más atractivas para el macho, lo que ocurre en contadas ocasiones en el año.⁴

En el ser humano, existe en una disposición genética heredada filogenéticamente y modificada con el tiempo y el aprendizaje del sujeto. Se plantea que la primera relación sexual tiene una influencia notable para el sujeto, como si estableciera marcas, debido a que cuanto mayor sea la rapidez con que se lleve a cabo el primer contacto sexual será mayor la posibilidad que este síntoma permanezca estable en la vida del sujeto.

DESARROLLO

Fue en 1887 cuando Gross describe el primer caso de eyaculación precoz y en 1901 Koofft, utiliza el término por vez primera.⁵

A diferencia del orgasmo, donde intervienen factores físicos, psíquicos y culturales, la eyaculación se comporta como una respuesta fisiológica localizada ante un estímulo determinado.

La frecuencia de este trastorno es superior al de la disfunción eréctil, sin embargo, el nivel de tolerancia puede ser mucho mayor por parte de los afectados e incluso de la pareja, siendo muchas veces el detonante, la creencia de que su aparición está relacionada con la tenencia de relaciones extramaritales, falta de deseo o simplemente perdida del interés por la pareja. Diferentes estudios, como los realizados en Croacia, mostraron que las dificultades principales están relacionadas con la mayor edad, el sobrepeso, las actitudes con relación a la sexualidad, altos niveles de estrés y la ansiedad.⁶

Actualmente se usa el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (IELT), definido como el tiempo que media entre la penetración vaginal y la eyaculación intravaginal, como un método cuantificable de respuesta a los tratamientos y como un método estandarizado para comparar tratamientos en estudios clínicos.

Fisiología de la eyaculación

La eyaculación precoz se establece cuando falla alguno de los procesos incluidos en una cascada de eventos, los cuales se muestran a continuación:

La eyaculación es un reflejo que sucede en dos etapas.

La **emisión seminal**, referida a la disposición de líquido seminal a partir de los conductos eyaculadores en la uretra prostática, ocurre con la contracción de los conductos deferente, seguido de las vesículas seminales y finalmente de la próstata, lo que está favorecido por la contracción de la musculatura cervico-prostática asegurando el cierre de los esfínteres, el liso (interno o vesical) y estriado (externo o uretral). El cuello vesical permanece cerrado, impidiendo la emisión retrógrada por contracción del veru montanum. Al mismo tiempo, en el esfínter estriado aparece un gradiente de presión intrauretral que provoca la sensación de eyaculación inminente. Los productos excretados se acumulan en la uretra prostática triplicando su volumen y provoca la sensación de inevitabilidad eyaculatoria.

La **eyaculación propiamente dicha**, referida a la propulsión de semen desde la uretra prostática al meato

uretral. En esta etapa comienza la relajación del esfínter estriado de la uretra, contracción sostenida del músculo liso y contracciones rítmicas de la uretra prostática, la uretra peneana y de los músculos de la base del pene. Finalmente, ocurre la salida de esperma por el meato urinario acompañada de entre 4 y 8 contracciones clónicas de la última porción de la uretra, con duración aproximada de 0,8 segundos cada una.

En el reflejo eyaculatorio se establece todo un circuito neuroendocrino que abarcan desde la recepción del estímulo hasta la emisión del semen. Entre los componentes del circuito se encuentran las zonas sensibles o receptoras, que no son más que las zonas erógenas divididas en primarias (mucosa del glande) y secundarias (genitales externos y resto del cuerpo, con grandes variaciones de una persona a otra). Otro componente son las vías centrípetas, donde llegan a la médula los estímulos provenientes de los receptores genitales por el nervio dorsal del pene y los estímulos provenientes de las zonas erógenas secundarias, canalizados a través de los nervios espláncnicos. Desde la médula, el estímulo asciende por las fibras del fascículo grácil y otras por los tractos espinotalámicos ventral y espinoreticular hasta centros específicos de la corteza cerebral.

A nivel cerebral, el área hipotalámica preóptico medial (APOM) parece estar más relacionadas con el reflejo eyaculatorio. Otros centros como el sistema límbico contribuyen en la focalización de la atención e interés por la cópula.

A nivel medular se reconocen dos centros, uno responsable de la emisión (D12-L1/2) y otro sacro (S2/4) responsable de la fase de la eyaculación, regulados ambos por centros cerebrales que inhiben o estimulan el reflejo eyaculatorio.

Las llamadas vías eferentes, donde la emisión depende del sistema simpático en su porción dorsolumbar (D12-L2), los impulsos nerviosos llegan a través del nervio hipogástrico ocupándose de la contracción de la musculatura lisa de los órganos genitales internos y asegurando el cierre del esfínter interno y externo. La eyaculación depende, además de los sistemas simpáticos y parasimpáticos (S2-S4), donde los impulsos eferentes se transmiten a través del nervio pudendo, induciendo la relajación del esfínter externo las contracciones clónicas de los músculos bulbocavernosos. Luego de esta fase sobreviene el período refractario donde el hombre no puede responder a estímulos, siendo su duración variable, en dependencia de la edad, pudiendo llegar de minutos a varios días y se plantea que pudiera estar relacionado con los mecanismos de producción de esperma.

Entre los neurotransmisores relacionados con el reflejo eyaculatorio, resalta la dopamina (especialmente a nivel de receptores D1) que alcanza niveles elevados hasta la eyaculación para decrecer bruscamente luego de la misma. Los opioides (beta endorfinas, sistema opioides endorfinicos y encefalínicos) relacionados con la sensación placentera del orgasmo. Los sistemas simpáticos, somato-sensitivos, determinarían las vías periféricas necesarias, al igual que las vías oxitocinérgicas y receptores específicos de serotonina. Una de las más estudiadas ha sido el efecto de la 5- hidroxitriptamina o serotonina, incluyendo varios de sus receptores que intervienen en la eyaculación (5-HT1a, 5-HT1b, y 5HT2c), esto ha apoyado la hipótesis del posible rol que juega los niveles de serotonina o la sensibilidad de los receptores en los trastornos de la eyaculación.⁷ Otros autores plantean que la activación de los receptores 5-HT2a y 5-HT2c aumenta el tiempo de latencia eyaculatoria,⁸ por otro lado, la activación selectiva del 5-HT1a, acorta el tiempo de latencia eyaculatoria y reduce el número de penetraciones previas a la eyaculación.⁹ Desde un punto de vista hormonal, se plantea una probable influencia de la oxitocina, debido a la presencia de receptores oxitocinérgicos en epidídimo y vías eferentes, además de facilitar la liberación de la endotelina-1 que también induce la contracción.

Definiciones

El tema de la eyaculación precoz ha pasado por disímiles formas de clasificación y conceptualización, dependiendo de la época, los avances científicos-técnicos, cambios en el pensamiento social y cultural, entre otros. Entre ellas podemos señalar:

- "Incapacidad para retrasar el reflejo eyaculatorio durante la penetración, el tiempo suficiente como para satisfacer a su pareja en el 50 % de sus contactos sexuales" (Master y Johnson, 1970)
- "Cuando el hombre es incapaz de ejercer un control voluntario sobre su reflejo eyaculador, con el

resultado de que una vez que está excitado sexualmente alcanza con mucha rapidez el orgasmo (Helen Kaplan)

- “La incapacidad de controlar la aparición de la eyaculación durante el tiempo necesario para que ambos participantes disfruten de la relación sexual” (CIE-10). Establece duración mínima de síntomas de 6 meses.
- “Eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee y que no se explica exclusivamente por el efecto de sustancias ” (DSM-IV TR)

Finalmente, y considerada por el autor más completa, se señala la clasificación de la Academia Internacional de Sexología Médica del 2004, que en su documento de consenso plantean:

“Eyaculación Rápida es la condición persistente o recurrente en que el hombre no puede percibir y/o controlar las sensaciones propioceptivas que preceden el reflejo eyaculatorio, produciendo malestar personal y/o en la relación con su pareja.”

De forma general, se puede resumir que existen distintas formas de definir esta afección, todas con mayor o menor exactitud. Se considera que se enfocan en 3 problemas principales.¹⁰

- Un corto tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (IELT)
- Dificultades sobre el control voluntario de la eyaculación.
- Dificultades en alcanzar la satisfacción sexual del paciente o la pareja.

Etiología

Entre las causas se encuentran las biológicas, dentro de estas la hipersensibilidad del pene, hiperexcitabilidad del reflejo eyaculatorio, endocrinopatías, predisposición genética, disfunción del receptor 5 hidroxí-triptamina (5-HT).⁵ Otras causas son las llamadas psicológicas, entre los que se mencionan la ansiedad, fobia social, problemas en la relación de pareja, relaciones sexuales infrecuentes, poca experiencia sexual.¹¹

Clasificación:

Para la clasificación se siguen diferentes criterios:

- Criterio cronológico: Primarias (desde el inicio de la vida sexual), Secundarias o adquiridas (cuando existen períodos previos sin eyaculación precoz)
- Contexto: General (ocurre independientemente de las circunstancias o personas). Situacional o circunstancial (ocurre en determinadas circunstancias y personas)
- Etiología: Debido a factores psicológicos, orgánicos, medicamentosos, combinados)
- Severidad: Grado I o leve (eyacula luego de la penetración y después de un escaso número de movimientos coitales). Grado II o moderado (eyacula inmediatamente luego de la penetración). Grado III o severo (eyacula antes de la penetración o en ausencia de erección)

Se describen actualmente otros dos tipos de EP que están relacionados a una percepción inadecuada de este fenómeno, una que se denomina “variante natural” que es caracterizada porque la EP ocurre esporádicamente y debe ser reconocida como una variación normal de la actividad sexual. La otra variante es a una disfunción eyaculatoria (Premature-like ejaculatory dysfunction) y es caracterizada por una falsa percepción de eyaculación rápida aún cuando los hombres tienen un período normal e incluso largo de tiempo antes de la eyaculación.¹²

TRATAMIENTO

Terapias conductuales: El desarrollo histórico que ha tenido la EP ha transitado por varios momentos. Inicialmente se le consideró un trastorno psicossomático y su tratamiento se encaminó por medio de la terapia cognitiva-conductuales que utilizaban técnicas como el stop-start popularizada por Kaplan en 1983, técnica del apretón (squeeze) descrita por Semans in 1956 y popularizada por Masters y Johnson en 1970, entre otras, que fijaban la atención hacia la percepción y los sentimientos, mejoraban la comunicación en la pareja y reducían la ansiedad relacionada con la relación sexual. Estas técnicas

mostraban un beneficio en alrededor del 45 al 65 % de los pacientes. Hawton y col mostraban en su estudio que, luego de 3 años de terapia, cerca del 75 % de los hombres no obtenían una evidente y verdadera mejoría,¹³ sin embargo, los estudios que certifican la efectividad de estas técnicas en largos períodos de tiempo, son escasos. Otras técnicas como la masturbación precoital han sido utilizadas por personas, generalmente jóvenes, lo que logra una mayor actividad tras la penetración, pero a medida que avanza la edad pierde efectividad correspondiendo con un mayor período refractario.

FARMACOLOGÍA

Agentes tópicos: Constituye posiblemente el más antiguo de los métodos.

- SS Cream: Desarrollado a partir de productos naturales. Su uso se basa en la teoría de la hipersensibilidad del pene. Tiene propiedades tanto anestésicas como vasoactivas y algunos estudios han demostrado un aumento del IELT de 1.37 minutos antes del tratamiento hasta 10.92 minutos con el uso de la crema, contra 2,5 minutos con el uso del placebo.^{14,15}
- Spray de lidocaína: Es un anestésico tópico que tiene como base la lidocaína al 9,6 %.
- Crema de Lidocaína-Prilocaina: Es una mezcla de los dos anestésicos (Lidocaína y Prilocaina) 2,5 %. En estudios se demostró un incremento de IELT de 1.49 minutos hasta 8.45 minutos luego de dos meses de tratamiento. Se reporta como efecto adverso la hipoestesia genital en ambos sexos¹⁶ por lo que se recomienda el uso del condón para evitar el efecto femenino.¹⁷ Se recomienda su aplicación 20 min antes de la relación coital y la concentración óptima es al 5 %.
- Spray de Lidocaína-Prilocaina: Contiene 7.5 mg de lidocaína y 2.5 mg de Prilocaina. En estudios demostró un incremento 0.6 minutos hasta 3.8 minutos del IELT. La hipoestesia no fue reportada como problema en la mujer y si una sensación de quemazón durante la relación sexual.¹⁸ Se estudió con buenos resultados el PSD 502 con un adecuado control de la eyaculación y satisfacción sexual aplicada 5 min antes de la penetración.¹⁹
- Dyclonine/alprostadil: De uso en el campo de la odontología que se combina con el alprostadil (vasodilatador). Aún pendiente a mayor número de investigaciones.

Terapias sistémicas

- Tramadol: Es un opioide analgésico. Su efecto es poco conocido aún pero se supone sea por la acción sobre el receptor μ -opioide, que reduce la sensibilidad, inhibe la recaptación de serotonina y norepinefrina, a la vez que retrasa la eyaculación. Estudios que usaron 25 mg de Tramadol incrementaron el IELT de 1.17 minutos a 7.37 minutos luego de 8 semanas de tratamiento, siendo solo de 1,1 min a 2 min con el placebo, además la mejoría referida por los pacientes fue hasta del 98 %.²⁰ Otros estudios que utilizaron 50 mg de Tramadol incrementaron el IELT de 19 segundos hasta 4 minutos.²¹
- Clomipramina: Antidepresivo tricíclicos usado habitualmente en el control de los cuadros obsesivos-compulsivos. Reporta alta incidencia de efectos adversos como son hipotensión arterial, sequedad de la boca, temblor, entre otros.
- Inhibidores Selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS): Estos fármacos son comúnmente usados el tratamiento de la depresión, no obstante, durante los mismos se observaba con bastante frecuencia retardo en la eyaculación que podía llegar a estar entre el 45 % y 60 %.

Algunos de los fármacos de este grupo como Fluoxetina (20 mg/d), Paroxetina (20 mg/d) y Sertralina (50 mg/d) muestran importantes incrementos en el IELT con respecto al placebo²², otros como el citalopram (20–60 mg/d) puede elevar el IELT de 0,5 minutos hasta 5 minutos luego de 8 semanas de tratamiento.²³ Entre los efectos adversos más indeseables se encuentran los relacionados con el efecto de rebote ante la supresión brusca del mismo (nauseas, vómitos, cefaleas, marcha inestable), y los relacionados propiamente con su uso como son disminución de la libido (41 %), anorgasmia (31 %), disfunción eréctil (10-40 %), bostezos, fatiga, los cuales suelen desaparecer luego de 2 o 3 semanas de tratamiento.

- Dapoxetine: Es un ISRS de acción corta que muestra una significativa inhibición del reflejo eyaculatorio, actuando a nivel supraespinal, tiene una rápida distribución en el organismo y alcanza el pico plasmático a la hora y media de administrado. Al igual que otros ISRS inhiben la recaptación de serotonina, norepinefrina y dopamina. Aunque en fase de estudios clínicos (fase III), algunos resultados muestran incrementos del IELT entre 3,2 y 3,9 min a dosis de 30 mg, y entre 3,5 y 4,2 min a dosis de 60 mg.^{24,25} Se recomienda tomar de 1 a 3 horas antes de la relación coital. Entre los efectos adversos más importantes se encuentran las nauseas, diarrea, cefaleas, mareos, somnolencia, siendo las nauseas el síntoma que más provoca el abandono del tratamiento (4 %). Actualmente es la única droga aprobada para el tratamiento de la EP en varios países como Nueva Zelanda, Suecia, Austria, Finlandia, Alemania, España, Italia y Portugal, otros como EEUU aún están pendientes.¹⁰
- Inhibidores de la 5 fosfodiesterasa (PDE-5). El uso de estos fármacos en el tratamiento de la EP es aún incierto. Algunos autores refieren que, aunque se ha demostrado incremento del IELT (sildenafil), esto no fue significativamente superior al placebo.²⁶ Otros estudios proponen la mayor utilidad en combinación con los ISRS cuando existe co-morbilidad de la EP con la disfunción eréctil (DE), sin embargo, la frecuencia de efectos indeseables también es notablemente mayor.²⁷ Es conocido que los pacientes que aquejan de disfunción sexual eréctil tienden a “compensar” esta dificultad con un menor tiempo de IELT logrando la eyaculación antes de perder la erección, es entonces probable que al tener mejoras en la erección con el uso de los inhibidores (PDE-5), secundariamente mejoren el trastorno eyaculatorio al ganar mayor confianza durante el coito. Otra causa probable de la efectividad de los PDE-5 (sildenafil) se debe a la posible inhibición de la respuesta contráctil de vesículas seminales, conductos deferentes, uretra y próstata.
- Combinación de fármacos: Algunos autores abogan por el uso combinado de fármacos en el tratamiento de la eyaculación rápida. Pacientes que presentaban cuadros severos de este trastorno, reportaron mejoría en el 90 % de los casos, con el uso de 20 mg de Sertralina 7 horas antes de la relación sexual y sildenafil 25 a 100 mg una hora antes del acto sexual, lo cual superaba el uso único del ISRS.²⁸ Otras combinaciones que han demostrado éxito han sido tadalafil más Fluoxetina,²⁹ Vardenafil más Sertralina.³⁰

Otros tratamientos

- Neurotomía dorsal con o sin aumento glanular con el gel ácido hialurónico, procedimiento quirúrgico que aunque mostró buenos efectos con relación a incrementos en el IELT, los efectos adversos eran marcados como entumecimiento, parestesia y dolor peneano, los que no se presentaban solo con el uso del gel.³¹
- Ácido Fólico: Está teoría esta basada en el rol que tiene el Ácido fólico en la síntesis de 5-hidroxitriptamina (5-HT) y el efecto demostrado de los inhibidores de la recaptación de serotonina

en la EP. Esto plantea una nueva visión en el tratamiento del trastorno.³²

- Desensibilización del nervio dorsal del pene: Se logra por medio de una neuromodulación por radiofrecuencia. En un estudio inicial de 15 pacientes no reportó efectos adversos como dolor, hipoestesia peneana o disfunción eréctil luego de la aplicación.³³

CONCLUSIONES

Concluyendo el tema abordado puede expresarse que la eyaculación rápida constituye un problema de salud a nivel mundial y pese a las variantes de tratamiento existentes todavía, se presenta resistencia masculina a su aceptación como trastorno y por tanto a su tratamiento. Los ISRS, y en especial la Dapoxetine, constituyen una variante de tratamiento efectiva.

Premature ejaculation. Development in its treatment.

SUMMARY

The premature ejaculation (PE) is nowadays probably the sexual dysfunction more frequent in the masculine sex and it is defined by social and cultural factors and the establishment of "compensatory" methods. Premature ejaculation causes several affections for the person who suffers from it in the social, psychological or family environment. Its frequency is higher than the dysfunction, but with better levels of acceptance. Among the associated factors that lead to its occurrence are the biological causes, the possible endocrinopathies, genetic tendency and psychological causes. Among the therapeutic options are shown the psychotherapeutic treatments from the tendencies of conduction, topic agents based in their majority on spray and creams with anesthetics components and other systemic treatments mainly based on anesthetics and ant depressive, as well as , the combination of methods and several pharms getting then greater levels of effectiveness. Finally, it is proposed the antidepressive Dapoxetine that shows good level of response. In the these paper was done a review of the theme deeping in aspect related with the masculine sexual answer and its treatment. With this objective the more updated works published in Pubmed and Medline were reviewed. Conclusions: The premature ejaculation is a world problem and although the several variables of treatment is still a masculine resistance to accept it as a disorder and therefore to its treatment. The SRSI and specially Dapoxetine constitute a variable of an effective treatment.

Key words: premature ejaculation, masculine sexual dysfunction, inhibitors.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montorsi F, Prevalence of premature ejaculation A global and regional perspective:. *J Sex Med.* 2005;2(Suppl 2):96-102
2. Moreira ED Jr, Brock G, Glasser DB, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors *Int J Clin Pract.* 2005;59(1):6-16
3. Rösing D, Klebingat K, Berberich HJ, Bosinski HA, Loewit K. Male Sexual Dysfunction. Diagnosis and Treatment From a Sexological and Interdisciplinary Perspective. *Dtsch Arztebl Int.* 2009 December; 106(50): 821-828
4. Nolas Acarín T. Sexo y sexualidad. En: *El cerebro del rey.* La Habana: Editorial científico-Técnica; 2008.p 68-147
5. Puentes Rodríguez Y, Alfonso Bécquer C. Diagnóstico y tratamiento de la eyaculación precoz. En:

Salud sexual y práctica sexológica. La Habana: Editorial CENESEX; 2008. P. 53-81

6. Štulhofer A, Bajić Ž. Prevalence of Erectile and Ejaculatory Difficulties among Men in Croatia. *Croat Med J*. 2006 February; 47(1): 114–124.
7. Wolters JP, Hellstrom WJ. Current concepts in ejaculatory dysfunction. *Rev Urol*. 2006;8(suppl 4):18–25
8. Foreman MM, Hall JL, Love RL. The role of the 5-HT₂ receptor in the regulation of sexual performance of male rats. *Life Sci*. 1989;45:1263–70
9. Ahlenius S, Larsson K, Svensson L, et al. Effects of a new type of 5-HT receptor agonist on male rat sexual behavior. *Pharmacol Biochem Behav*. 1981;15:785–92
10. Mohee A, Eardley I. Medical therapy for premature ejaculation. *Ther Adv Urol*. 2011 October; 3(5): 211–222.
11. Wylie KR, Ralph D. Premature ejaculation: the current literatura. *Curr Opin Urol*. 2005;15:393–398
12. Waldinger MD. Recent advances in the classification, neurobiology and treatment of premature ejaculation. *Adv Psychosom Med*. 2008;29:50–69
13. Hawton K, Catalan J, Martin P, Fagg J. Long-term outcome of sex therapy *Behav Res Therapy*. 1986; 24: 665–675.
14. Choi HK, Jung GW, Moon KH, et al. Clinical study of SS-cream in patients with lifelong premature ejaculation. *Urology*. 2000;55:257–261
15. 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, randomized, placebo controlled clinical study. *Int J Impot Res*. 1999; 11(5):261–264.
16. Busato W, Galindo CC. Topical anesthetic use for treating premature ejaculation: a double blind, randomized, placebo-controlled study. *B J U Int*. 2004; 93: 1018–1021.
17. Atikeler M., Gecit I., Senol F. Optimum usage of prilocaine-lidocaine cream in premature ejaculation. *Andologia* 2002; 34: 356–359
18. Dinsmore WW, Wyllie MG. PSD502 improves ejaculatory latency, control and sexual satisfaction when applied topically 5min before intercourse in men with premature ejaculation: results of a phase III, multicentre, double-blind, placebo controlled study. *B J U Int*. 2009; 103: 940–949.
19. Dinsmore WW, Wyllie MG. PSD502 improves ejaculatory latency, control and sexual satisfaction when applied topically 5 min before intercourse in men with premature ejaculation: results of a phase III, multicentre, double-blind, placebo-controlled study. *BJU Int*. 2009 Apr; 103(7):940-9.
20. Salem EA, Wilson SK, Bissada NK, Delk JR, Hellstrom WJ, Cleves MA. Tramadol HCl has promise in an on-demand use to treat premature ejaculation. *J Sex Med*. 2008;5(1):188–193
21. Safarinejad MR, Hosseini SY. Safety and efficacy of tramadol in the treatment of premature ejaculation: a Double-blind, placebo controlled, fixed dose, randomized study. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26(1):27–31

22. Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman AH, Olivier B. Effect of SSRI antidepressants on ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study with fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, and sertraline. *J Clin Psychopharmacol*. 1998;18(4):274–281
23. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Semercioz A. The efficacy of citalopram in the treatment of premature ejaculation: a placebo-controlled study. *Int J Impot Res*. 2002;14(6):502–505
24. McMahon C, Park NC, Zhao Y, Rothman M, Rivas D. Treatment of premature ejaculation (PE) in the Asia-Pacific region: results from a phase III double-blind, parallel-group study of Dapoxetine Oral presentation at: 11th Biennial Meeting of the Asia Pacific Society for Sexual Medicine; October 6–10, 2007
25. Buvat J, Giuliano F, Tesfaye F, Rothman M, Rivas D. Efficacy and safety of dapoxetine for premature ejaculation (PE): results from a placebo-controlled, double-blind, randomized, parallel-group study in 22 countries. *Urology*. 2007;70(3):15
26. McMahon CG, Stuckey BG, Andersen M, et al. Efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in men with premature ejaculation. *J Sex Med*. 2005;2(3):368–375
27. Mattos RM, Marmo Lucon A, Srougi M. Tadalafil and fluoxetine in premature ejaculation: prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Urol Int*. 2008;80(2):162–165
28. Chen J, Mabjeesh NJ, Matzkin H, et al. Efficacy of sildenafil as adjuvant therapy to selective serotonin reuptake inhibitor in alleviating premature ejaculation. *Urology*. 2003;61:197–200
29. Mattos RM, Lucon AM. AUA Annual Meeting.. Tadalafil and slow-release fluoxetine in premature ejaculation:a prospective study. San Antonio, TX; 2005
30. Sommer F, Klotz T, Mathers MJ. AUA Annual Meeting. Treatment of premature ejaculation:a comparative vardenafil and SSRI crossover study. San Antonio, TX: 2005.
31. Kim JJ, Kwak TI, Jeon BG, Cheon J, Moon DG. Effects of glans penis augmentation using hyaluronic acid gel for premature ejaculation. *Int J Impot Res*. 2004;16:547–551
32. Yin TL, Yang J, Zhang B. Folic acid supplementation as adjunctive treatment premature ejaculation. *Med Hypotheses*. 2011 Mar;76(3):414–6
33. Linton KD, Wylie KR. Recent advances in the treatment of premature ejaculation. *Drug Des Devel Ther*. 2010; 4: 1–6.

Máster en sexualidad. Especialista de 1er Grado en Psiquiatría. Profesor Asistente. Hospital Naval.

Sumario, Siguiente