



Uso de la paroxetina en eyaculación precoz: tratamiento continuo vs. a demanda

Zapata-González A, Castillo-Chavira G, Camacho-Trejo VF, Schwartz-Velazco A, Ibáñez JA.



■ RESUMEN

La eyaculación precoz (EP) se define como el tiempo entre la penetración intravaginal y la eyaculación intravaginal. Con base en lo anterior, comparamos el uso de la paroxetina 20 mg como tratamiento a demanda (administrado 6 a 8 horas antes del coito) vs. tratamiento continuo, siendo nuestro objetivo valorar los resultados terapéuticos de ambas modalidades. Nuestra hipótesis fue que tienen efectos similares.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo, se captaron 20 pacientes, por conveniencia se dividieron en dos grupos de 10 pacientes, se registraron su tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal y frecuencia de coitos previos al tratamiento. Al grupo A, se le dio paroxetina diaria por cuatro semanas, luego a demanda por cuatro semanas más, seguidos por un mes sin tratamiento y finalmente placebo a demanda por cuatro semanas. En el grupo B se hizo lo mismo iniciando por placebo y terminando en tratamiento con paroxetina. Se sometieron los resultados a análisis estadístico t de Student.

Resultados: El tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (TLEIV) previo al tratamiento era de grupo A 0.59 minutos promedio y grupo B 0.44 min. La frecuencia coital pretratamiento grupo A 3.1 por semana y grupo B 2.9 por semana.

Posterior a la administración de paroxetina en el grupo A el TLEIV fue de 5.6 min y a demanda 5.9 minutos. Con placebo diario fue de 0.5 minutos y con

■ ABSTRACT

Premature ejaculation is defined as the time between intravaginal penetration and intravaginal ejaculation. Based on this we compared the use of 20 mg of paroxetine as sporadic treatment (administered 6 to 8 hours before coitus) versus continued treatment with the objective of evaluating the therapeutic results of both modalities. Our hypothesis was that they have similar effects.

Materials and Methods: A prospective study was carried out on 20 patients divided into 2 groups of 10 patients each. Intravaginal ejaculation latency time (IELT) and coital frequency were registered prior to treatment. Group A received paroxetine daily for 4 weeks and on request (sporadically) for 4 weeks more and then were treated with placebo. Group B was given placebo in the same manner and then treated with paroxetine. Results were statistically analyzed using the Student t test.

Results: Mean IELT prior to treatment was 0.59 min in Group A and 0.44 min in Group B. Mean pre-treatment coital frequency was 3.1 times per week for Group A and 2.9 for Group B.

Mean IELT was 5.6 min after paroxetine continued treatment and 5.9 min after sporadic treatment in Group A. Mean IELT with daily placebo was 0.5 min and with sporadic placebo was 0.6 min ($p < 0.001$). Coital frequency increased to 3.7 per week. With daily placebo mean IELT was 0.7 min and with sporadic placebo was 1 min in Group B. With daily paroxetine mean IELT was 3.9 min and with sporadic paroxetine was 5.8 min

placebo a demanda 0.6 minutos ($p < 0.001$). La frecuencia coital aumentó a 3.7 por semana. Posterior a la administración de paroxetina en el grupo B, el TLEIV durante la administración de placebo diario fue de 0.7 minutos, con placebo a demanda fue de 1 minuto, con paroxetina diaria fue de 3.9 minutos y a demanda de 5.8 min ($p < 0.001$). La frecuencia coital postratamiento aumentó a 3.9 por semana.

Sólo 3 pacientes presentaron ansiedad, como efecto colateral al medicamento.

Conclusiones: La paroxetina como tratamiento de la eyaculación precoz tiene efectos similares administrados de manera continua y a demanda. Los pacientes mejoran su vida sexual, refiere mayor satisfacción con tratamiento a demanda.

Palabras clave: eyaculación precoz, tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal.

($p < 0.001$). Post-treatment coital frequency increased to 3.9 times per week.

Only 3 patients presented with anxiety as a side effect of the medication.

Conclusions: The results of premature ejaculation treatment with paroxetine are similar with both continued and sporadic administration. The sex life of patients improved and they reported greater satisfaction with sporadic treatment.

Key Words: Premature ejaculation, Intravaginal Ejaculation Latency Time



■ INTRODUCCIÓN

Actualmente la definición de eyaculación precoz o prematura (EP), está basada en estudios que incluyeron a un grupo de hombres quienes admitieron tener eyaculación precoz y aceptaron el uso de un cronómetro durante el coito para medir su tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (TLEIV).¹⁻³ Actualmente, nos regimos por los criterios operacionales dados por la Asociación Americana de Psiquiatría.⁴ Para diagnosticar esta condición: a) problema persistente con mínima estimulación sexual antes o poco después de la eyaculación, b) que causa una situación de angustia en el paciente y que no es producida por un medicamento o sustancia, c) el TLEIV menor a un minuto para definir EP.^{5,6}

Basado en estudios hechos en animales de experimentación, se concluyó que la EP no era un trastorno psicológico sino más bien una alteración neurobiológica donde estaban involucrados de manera específica los receptores de serotonina.^{7,8} Estudios bien diseñados han mostrado que la eyaculación prematura es efectivamente tratada con el uso diario de 20 mg de paroxetina.⁹ Aunque se han reportado efectos colaterales como fatiga, náusea moderada, sudoración, diarrea, éstos suelen desaparecer en dos o tres semanas, en un número considerable de pacientes no es así, incluso tras el uso prolongado de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS),

puede originarse sobrepeso. Llama la atención que existan pocos reportes en la literatura donde se trate de disminuir estos efectos colaterales administrando la paroxetina a demanda y valorando sus resultados en el tratamiento de la EP.

¿Tendrá la misma efectividad terapéutica la paroxetina administrada a demanda previa al coito que administrada con horario como tratamiento para la eyaculación precoz?

■ PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un ensayo clínico en pacientes de la consulta externa de Urología del HGZ No. 33 y del HRE No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social, referidos de la unidad de medicina familiar, con diagnóstico de eyaculación precoz o prematura, de marzo a julio del 2007.

Se incluyeron a pacientes que reunieron los siguientes criterios:

- a) Sexo masculino
- b) Edad 20 a 40 años
- c) Sano (no DM2, HAS, o enfermedades de transmisión sexual por cuadro clínico o bien, enfermedades psiquiátricas)
- d) No tomar medicamentos como benzodiazepinas, ansiolíticos, inductores de sueño, litio

Tabla 1. Modo de administración de la paroxetina y de placebo en los grupos.

Semanas	0	4	8	12	16	20
Grupo A		Paroxetina diaria	Paroxetina demanda	Sin medicamento	Placebo diario	Placebo a demanda
Grupo B		Placebo diario	Placebo a demanda	Sin medicamento	Paroxetina diaria	Paroxetina demanda

- e) Pareja estable emocionalmente
- f) No usar métodos anticonceptivos de barrera
- g) Uso estricto de cronómetro durante el coito

Fueron eliminados del estudio a pacientes que no se apegaron al uso estricto del cronómetro durante el coito, cambio de pareja sexual o promiscuidad, que la pareja no aceptara participar en el estudio y que no toleraron los efectos colaterales de la paroxetina. Los pacientes firmaron hojas de consentimiento informado.

Se distribuyeron los pacientes al azar en dos grupos de 10 pacientes cada uno por conveniencia.

Grupo A: Se les administró a los pacientes 20 mg de paroxetina diarios por un mes, luego a demanda cada 6 u 8 horas antes del contacto sexual por un mes. Después se suspendió el tratamiento por un mes y se reinició posteriormente con placebo a demanda por un mes tomando el fármaco a las 6 u 8 horas antes del coito.

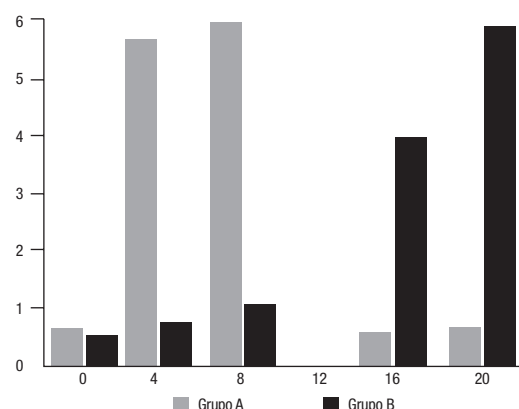
Grupo B: Se les administró a los pacientes de este grupo, una tableta diaria de placebo por cuatro semanas, luego placebo a libre demanda a las 6 u 8 horas previas al contacto sexual por cuatro semanas. Posteriormente, se suspendió el medicamento por 1 mes y se reinició la administración de paroxetina 20 mg diarios por un mes, luego a demanda a las 6 u 8 horas previo al contacto sexual por un mes (**Tabla 1**).

Se interrogó además sobre promedio de coitos por semana, y sobre grado de satisfacción en cuanto a forma de administración de medicamento a demanda vs. horario.

En el análisis de los datos se utilizaron pruebas descriptivas y en el análisis de inferencia de los datos se utilizó la prueba t de Student.

■ RESULTADOS

El TLEIV previo al tratamiento era de grupo A, 0.49 a 0.59 min y grupo B, 0.44 a 0.59 min. La frecuencia coital pretratamiento grupo A, 3.1 por semana y grupo B, 2.9 por semana.

**Figura 1.** Latencia eyaculatoria intravaginal con paroxetina y placebo.

Posterior a la administración de paroxetina en el grupo A, el TLEIV fue de 5.6 min y a demanda 5.9 minutos. Con placebo diario fue de 0.5 min y con placebo a demanda 0.6 min ($p < 0.001$). La frecuencia coital aumentó a 3.7 por semana.

Posterior a la administración de paroxetina en el grupo B, el TLEIV durante la administración de placebo diario fue de 0.7 minutos, con placebo a demanda fue de 1 minuto. Con la administración de paroxetina diaria fue de 2.9 minutos y a demanda de 5.8 min ($p < 0.001$) (**Figura 1**).

La frecuencia coital postratamiento aumentó a 3.9 por semana. En cuanto al grado de satisfacción en el grupo A 8 pacientes y 7, en el grupo B refirieron sentirse mejor con la administración a demanda que con horario. Sólo 3 pacientes presentaron ansiedad como efecto colateral del medicamento.

■ DISCUSIÓN

La introducción de la terapia farmacológica vino a revolucionar el tratamiento conservador ofrecido por los sexólogos y a incluir a más ramas de la salud en el campo de la EP. En 1943 el psiquiatra Bernard Shapiro¹⁰ fue el primero en argumentar que el tratamiento farmacológico

podría ayudar a los hombres que sufren de EP. Sus estudios lo condujeron al uso de la anestesia tópica que se usa aún, además de emplear varios fármacos como antiscóticos y tranquilizantes. Sin embargo, debido a sus riesgos potenciales, muchos de ellos cayeron en desuso. El primer reporte sobre la eficacia de los antidepresivos tricíclicos, como la clomiprimina apareció en 1973,¹¹ popularizando su uso hasta 1990.

Con el fin de lograr un consenso sobre cuándo administrar terapia farmacológica, en 1994 nace el término tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (TLEIV), definido como una medida estandarizada del tiempo de eyaculación. El TLEIV fue definido como el tiempo entre la penetración intravaginal y la eyaculación intravaginal, es decir, teniendo así un comienzo y un final claro, el cual ahora es un requisito para los estudios de tratamiento farmacológico. El instrumento más exacto para evaluar este tiempo, el cronómetro fue originalmente introducido en 1973.

Posterior a ello, empezaron a parecer ensayos sobre la eficacia de los ISRS, en especial de la paroxetina siendo el primero de ellos publicado en 1994, como un estudio controlado doble ciego.⁹ Aunque pocos estudios han tratado de comparar la eficacia terapéutica de la paroxetina a demanda vs. administración con horario. Nuestro estudio muestra, que en ambos tipos de tratamiento se observan los mismos resultados al mantenerse los TLEIV con alteraciones mínimas.

■ CONCLUSIONES

Nuestros resultados muestran la eficacia similar de la paroxetina administrada a demanda vs. administración con horario. Llama la atención el grado de satisfacción de

los pacientes, refieren sentirse mejor con la administración del medicamento a demanda quizá por varias razones, entre ellas, los mismos resultados con ambas modalidades y que experimentan mucho menos efectos colaterales, otro punto importante sería la disminución del costo económico. Aunque resulta bien tolerada la administración de paroxetina 20 mg, en otros estudios, quizá valdría la pena investigar los resultados con una posología menor. Otro punto importante es que de una manera indirecta se valoró la calidad de la vida sexual, reflejándose una mejoría en ella posterior a la administración del medicamento, con el aumento en la frecuencia de coitos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Waldinger MD. Lifelong premature ejaculation: definition, serotonergic neurotransmission and drug treatment. *World J Urol* 2005;23(2):102-8.
2. Waldinger M. Lifelong premature ejaculation: from authority-based to evidence based medicine. *BJU Int* 2004;93(9):201-7.
3. 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;2(4):489-509.
4. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: APA.
5. Waldinger MD. Towards evidence based drug treatment research on premature ejaculation: a critical evaluation of methodology. *Int J Impot Res* 2003;15(5):309-13.
6. Waldinger MD. Premature ejaculation: different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. *J Sex Marital Ther* 2008;34(1):1-13.
7. Waldinger MD, Berendsen HHG, Blok BFM, Olivier B, Holstege G. Premature ejaculation and serotonergic antidepressants-induced delayed ejaculation: the involvement of the serotonergic system. *Behav Brain Res* 1998;92:111-8.
8. Waldinger MD. The neurobiological approach to premature ejaculation (review). *J Urol* 2002;168:2359-67.
9. Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman AH. Paroxetine treatment of Premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 1994;151:1377-9.
10. Schapiro B. Premature ejaculation, a review of 1130 cases. *J Urol* 1943;50:3749.
11. Eaton H. Clomipramine in the treatment of premature ejaculation. *J Int Med Res* 1973;1:432-4.