



EYACULACIÓN PRECOZ: CONOCERLA, DIAGNOSTICARLA Y CORREGIRLA

Detección y diagnóstico de la eyaculación precoz en la práctica clínica

F. Sánchez Sánchez^a y A. Fernández Lozano^{b,*}

^aServicio Valenciano de Salud, Centro de Salud de Xàtiva, Valencia, España

^bServicio de Andrología, Fundación Puigvert, Barcelona, España

PALABRAS CLAVE

Eyaculación prematura;
Anamnesis;
Grupos de riesgo;
Cuestionarios

Resumen

Recientemente se ha propuesto una nueva clasificación de la eyaculación precoz o prematura. Según esta clasificación se distinguen 4 formas clínicas: eyaculación prematura primaria, eyaculación prematura secundaria o adquirida, una variante normal que aparece en determinadas situaciones y una falsa eyaculación prematura que se da en pacientes desinformados o con expectativas sexuales irreales. Conocer estas formas clínicas es importante para el abordaje clínico de este trastorno sexual. Del mismo modo, para detectar la eyaculación prematura en consulta es necesario que el médico se muestre receptivo, siendo conveniente realizar una búsqueda activa entre los grupos de riesgo para esta disfunción sexual, que son descritos en el presente trabajo. También se describen los aspectos esenciales de la entrevista clínica en pacientes con eyaculación prematura, los criterios a tener en cuenta para alcanzar un diagnóstico certero, así como los aspectos básicos de la exploración física, los estudios complementarios y los principales cuestionarios específicos.

© 2014 SEMERGEN. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Premature ejaculation;
Medical history taking;
Risk groups;
Questionnaires

Detection and diagnosis of the premature ejaculation in the clinical practice

Abstract

Recently, a new classification of the premature ejaculation has been proposed. According to this classification, four clinical forms are distinguished: primary premature ejaculation, secondary or acquired premature ejaculation, normal variant that appears in certain situations and a false premature ejaculation that is given in misinformed patients or with exaggerate sexual expectations. To know these clinical forms is important for the clinical boarding of this sexual disorder. In the same way, the detection of premature ejaculation in medical practise requires doctors being receptive and suitable to make an active detection into risk groups for this sexual dysfunction, also describe in the present work. Furthermore, essential aspects of the clinical interview in patients with premature ejaculation, criteria to get an accurate diagnosis, and basic aspects of the physical exploration, complementary studies and main specific questionnaires are described.

© 2014 SEMERGEN. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Correo electrónico: fsanchezs@semergen.es (F. Sánchez Sánchez)

Clasificación y grados de severidad

Recientes intentos para hallar un tratamiento farmacológico a la eyaculación precoz o prematura (EP) han espoleado el interés por conocer las causas, las formas clínicas, los tratamientos y las consecuencias de esta disfunción sexual^{1,2}.

Ya Schiapiro en 1943³ distinguía EP primaria, la que se producía desde el inicio de las relaciones sexuales, de EP adquirida, cuando se presentaba después de períodos de control voluntario de la eyaculación por parte del paciente. Esta distinción sigue siendo útil para poder clarificar la etiología.

Waldinger et al proponen la existencia de diversos síndromes de EP⁴. La clasificación y distinción entre 4 síndromes, basada en la investigación epidemiológica, neurobiológica y en la evidencia clínica, facilita el camino para investigaciones de tratamiento en esos distintos grupos de varones.

- *Grupo I: EP primaria.* De probable etiología neurobiológica. Individuos con un IELT (del inglés, *intravaginal ejaculation latency time*; que corresponde al tiempo transcurrido entre la introducción del pene en la vagina y la eyaculación) < 1 min. Sucede desde el inicio de sus relaciones sexuales y es generalizada a todas sus parejas. Responde bien a tratamientos farmacológicos y terapias combinadas.

- *Grupo II: EP adquirida.* De probable origen médico (prostatitis, tiroidismo, disfunción eréctil, etc.) o psicosocial (cambio de pareja, problemas de relación familiar, avatares relacionados con la peripecia vital del propio individuo, mentalización, percepción o de otro tipo). La presentación suele ser brusca y existiendo previamente control regular de la eyaculación. Responde bien a terapias sexuales y a la farmacología.

- *Grupo III: EP variante normal.* Se produce esporádicamente y alternando con períodos de buen control sobre el reflejo eyaculatorio. Habitualmente está relacionada con crisis pasajeras de ansiedad. No requiere tratamiento farmacológico y tan solo son aconsejables terapias de autoafirmación.

- *Grupo IV: eyaculación seudoprecoz.* Se trata de individuos con deseos de coitos más prolongados, ya que interpretan que su IELT es corto, aun a pesar de ser normal. No se debe dar pábulo a expectativas irreales de coitos interminables, tan solo fruto de la desinformación o de alguna alteración psicológica. Es subsidiario de consejo sexual.

Respecto a los grados de severidad, indistintamente del tipo de EP, se distinguen 3 formas clínicas⁵:

1. EP leve, cuando la eyaculación sucede después de la penetración y tras un escaso número de movimientos pélvicos.
2. EP moderada, cuando la eyaculación aparece inmediatamente después de la penetración.
3. EP grave, cuando aparece previamente ante cualquier intento de penetración (ante portas) o en ausencia de erección.

Detección y diagnóstico en la práctica clínica

Actitud receptiva y de búsqueda activa

Aunque cada vez son más los varones que consultan espontáneamente sus problemas sexuales, la mayoría siguen ocultándolos. A menudo, no aprecian en el médico una actitud proclive a atender este tipo de trastornos, pero tam-

bién les suele retraer la consideración de “vergonzante” que otorgan a las disfunciones sexuales, y más aún a la EP.

Para detectar la presencia de EP en un paciente es necesario que el médico muestre una actitud receptiva. A tal fin, algún cartel alusivo a cuestiones de salud sexual en la sala de espera o en la consulta, o algún folleto informativo, pueden hacerle ver que en aquel lugar no hay tabúes para atender problemas de esa índole.

Aunque en ocasiones un comentario de la pareja lo ponga al descubierto, la mayoría de las veces resulta imprescindible preguntar directamente al paciente⁶, sobre todo si está incluido entre la población considerada de riesgo (tabla 1).

Aspectos clave de la anamnesis

Si nos encontramos ante un varón incluido en los grupos de riesgo de EP que no consulta por su propia iniciativa, habremos de asumir una actitud de búsqueda activa. Con tal objetivo se propone la siguiente pauta para la realización de la anamnesis sexual⁷: en el momento oportuno de la entrevista, con naturalidad y empatía, podemos preguntar: “¿Considera que sus relaciones sexuales son satisfactorias?” Si la respuesta es sí, deberíamos añadir “¿tanto para usted como para su pareja?” Cuando a la pregunta inicial el paciente responde que sus relaciones sexuales no son satisfactorias, se deberá obtener respuesta a las siguientes preguntas:

- *¿Cuál es el problema?* Distinguiendo si se trata de un trastorno en la respuesta sexual (problema de deseo, de excitación como la disfunción eréctil, o en el orgasmo como la EP), un problema relacionado con la identidad sexual, con la orientación del deseo y del patrón de excitación sexual, o de dolor durante la actividad sexual, pormenorizando *cómo transcurrió la última relación sexual*, si la hubo.

Si la queja corresponde a un problema de EP, le preguntaremos por el *tiempo transcurrido entre el inicio de la penetración y la eyaculación*, y *sobre su capacidad para retrasarla (control del reflejo eyaculatorio)*.

- *¿Desde cuándo sufre el problema?* Será secundario cuando aparece después de un período de actividad normal.

- *¿Cuándo se manifiesta?* Si se da siempre, con todas las parejas sexuales o, por el contrario, solo en determinadas circunstancias.

- *¿A qué cree que se debe?* Los factores psicológicos pueden incidir en el comienzo, en la exacerbación y en la persistencia del trastorno, pero también puede ser el resultado de factores combinados: psicológicos, enfermedad médica, drogas, etc.

- *¿Cómo lo vive?*

- *¿Cuál es la actitud de la pareja?*

- *Intentos previos de solución y resultados alcanzados.* Consultas con otros profesionales, libros, internet, remedios caseros, etc.

- *Expectativas terapéuticas del paciente y su pareja.* Qué resultados desean alcanzar y qué esperan de nuestra intervención.

- *Comprobar que ambos comparten ideas parecidas respecto a la sexualidad, como experiencia común y gratificante.*

- Cuando el paciente consulta por su propia iniciativa el problema sexual todo es más sencillo, centrando la entrevista en obtener respuesta a los últimos apartados descritos: *¿Cuál es el problema?, ¿desde cuándo le sucede?, ¿cómo lo viven?, etc.*

Tabla 1 Grupos de riesgo para la eyaculación precoz (EP)

EP constitucional, psicógena, relacional o asociada a otras DS ^a	EP secundaria a enfermedad física ^b	EP secundaria a trauma físico ^b	EP de origen farmacológico ^b (modificado de Academia Internacional de Sexología Médica)
<ul style="list-style-type: none"> • Varones jóvenes • Parejas con problemas o en crisis • Varones con deseo sexual hipoactivo • Varones con disfunción eréctil • Varones con problemas de ansiedad • Varones con trastorno del estado de ánimo 	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos inflamatorios e infecciosos urológicos o prostáticos • Enfermedades neurológicas: epilepsia, esclerosis múltiple y polineuropatías • Diabetes, disfunción tiroidea y polineuritis secundaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos que afectan a nervios periféricos que participan en el reflejo orgásmico, a la médula espinal o a centros superiores 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Aceleran la eyaculación:</i> antagonistas serotoninérgicos, ciproheptadina, pizotifeno, metisergida, granisetron, yohimbina, DHEA, testosterona, dopamina y agonistas, anfetaminas y cocaína 2. <i>Inducen EP</i> (mecanismo desconocido): efedrina y fenilpropanolamina 3. <i>Eyaculación espontánea</i> (rara) con dosis bajas de: tricíclicos (clomipramina y desipramina) o fluoxetina 4. <i>EP secundaria a la suspensión brusca de:</i> antidepresivos ISRS, trifluoperazina y algunos narcóticos y opiáceos

DHEA: dehidroepiandrosterona; DS: disfunciones sexuales; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

^aPresencia frecuente, sobre todo si se asocian 2 o más situaciones de riesgo en el mismo grupo.

^bAunque estas situaciones clínicas puedan generar eyaculación precoz, su aparición es infrecuente.

Ante cualquier disfunción sexual, pero especialmente en el caso de la EP, es frecuente que, pese a la actitud favorable del entrevistado, después de haberle escuchado no quede claro cuál es el problema. A veces se requiere más de una consulta para lograrlo, ya que la desinformación en este campo es muy alta y, por ejemplo, algunos jóvenes confunden el fluido preeyaculatorio procedente de las glándulas de Cowper con un cuadro de EP, además de no distinguirlo claramente de otros trastornos como la disfunción eréctil.

Es necesario pormenorizar la anamnesis con el fin de asegurarnos que la queja del paciente corresponde a un problema relacionado con lo que él considera eyaculación demasiado rápida, en cuyo caso se tendrá que valorar si se trata de un problema real o, simplemente, de unas expectativas sexuales exageradas respecto a la duración de la penetración vaginal por parte del paciente y/o su pareja.

Criterios diagnósticos

Siguiendo los criterios descritos por expertos⁸ y los contemplados en la reciente edición del DSM-V⁹, al no contar con pruebas específicas para decidir cuando un paciente está afectado por un trastorno de EP tendremos en cuenta, sobre todo, 2 factores:

1. La información facilitada por él respecto al *tiempo de latencia de eyaculación tras la penetración (IELT)*, que se debe concretar durante el interrogatorio. Para ello puede servir de ayuda contrastar la percepción del propio afecta-

do con la de su pareja, si la hay. En caso de duda, se solicitará que lo faciliten en unos días, después de cronometrarlo en alguna ocasión (método artificioso, pero objetivo).

2. *La sensación de control que tiene del reflejo eyaculatorio.* A los varones que reconocen un lapso de tiempo eyaculatorio superior a 3 min en la mayoría de sus relaciones se les considera libres del trastorno, y a los que no alcanzan el minuto, afectados de EP.

En situaciones intermedias es necesario guiarse por la sensación de control que el varón tiene del reflejo eyaculatorio. Si es mala, que es lo más habitual, se estima que presenta EP. En todo caso, en estas situaciones intermedias se tratará de satisfacer su deseo, y si este es firme en cuanto a retrasar su eyaculación intentaremos ayudarle.

Datos complementarios

Una vez aclarado que estamos ante un cuadro de EP es necesario complementar la información:

Anamnesis complementaria

Con el fin de conocer:

- Si el problema es “de toda la vida”: *EP primaria o permanente*, o si aparece después de un tiempo de actividad normal: *EP secundaria o adquirida*. En este caso es necesario identificar qué circunstancias pueden estar motivándola, incluyendo trastornos psicológicos, problemas con la pareja, traumatismos, enfermedades médicas, etc.

- Datos sobre la respuesta sexual (deseo, excitación, orgasmo), en el pasado y en el momento actual. El deseo puede estar alterado en uno u otro sentido o bien ser asincrónico con el de la pareja. Respecto a la excitación, como sabemos, a menudo la EP se asocia a la disfunción eréctil.

- Frecuencia coital y tipo de prácticas sexuales.
- Valorar de qué forma la EP está repercutiendo sobre el psiquismo, tanto del afectado como de su pareja. Si el varón evita la relación sexual por miedo a fracasar, si su pareja se muestra disconforme o por el contrario lo acepta, si rehúye el encuentro sexual, si el trastorno afecta al vínculo entre ambos, etc.
- Disposición de la pareja a colaborar en el tratamiento.
- Antecedentes patológicos (cirugía, prostatitis, diabetes, epilepsia, traumatismos, etc.).
- Tratamientos farmacológicos.

Exploración física

Indicada sobre todo en EP adquirida, aunque no es imprescindible para las otras formas clínicas. Tiene como objetivo identificar posibles causas médicas responsables del cuadro, y se individualizará según el perfil patológico del paciente y su edad.

La exploración de los genitales externos irá encaminada a detectar placas, lesiones, alteración del volumen testicular, etc., y si se sospecha patología prostática será necesario realizar un tacto rectal.

Se hará una valoración endocrinológica del paciente (caracteres sexuales secundarios, posibles ginecomastia, etc.), así como un examen neurológico básico: sensibilidad de pene y de testes, reflejos cremastérico y bulbo-cavernoso.

Determinaciones analíticas

No se recomiendan de manera rutinaria, salvo las específicas para el diagnóstico y control de entidades clínicas que pueden provocar EP, en cuyo caso la petición será individualizada.

Cuestionarios y autoinformes

1. *Para valorar la función sexual general.* Entre estos destaca el Rust Golombok Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)¹⁰, instrumento de 28 preguntas diferentes para varón y mujer, diseñado para valorar la existencia y gravedad de las disfunciones sexuales. Tiene 12 subescalas, una de ellas es de eyaculación prematura.

2. *Cuestionarios autoadministrados específicos para EP.* Destacamos los siguientes:

- Test de eyaculación precoz de Gindin y Huguet¹¹. Recomendado para uso clínico.
- PEP (Premature Ejaculation Profile)¹². Recomendado para uso clínico.
- IPE (Index of Premature Ejaculation)¹³. Recomendado para uso clínico.
- PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool)¹⁴ (anexo 1). Recomendado para uso clínico.
- CIPE (Chinese Index of Premature Ejaculation)¹⁵. No recomendado para uso clínico.
- AIPE (Arabic Index of Premature Ejaculation)¹⁶. No recomendado para uso clínico.

Medición del tiempo de latencia intravaginal eyaculatoria

Es actualmente el único método objetivo para valorar el IELT y, por lo tanto, para valorar la eficacia de los tratamientos aplicados.

Consiste en la medición mediante un cronómetro, por parte del varón o de su pareja, del intervalo de tiempo que va desde la penetración del pene en la vagina hasta la eyaculación.

Esta técnica puede parecer muy intrusiva, pero es bastante bien aceptada por las parejas sometidas a estudio.

Diagnóstico diferencial

Se descarta causa médica en la EP primaria (permanente, de toda la vida), que tendría un origen neurobiológico o genético favorecedor. También en la EP secundaria (adquirida) a problemas en la relación de pareja, situaciones generadoras de estrés o a trastorno psicológico, especialmente cuadros de ansiedad.

La EP secundaria (adquirida) de irrupción brusca, que coincide con traumatismo, enfermedad física (también mental) o toma de sustancias, sin que medien problemas de pareja, estrés o trastorno psicológico, orienta a una causa médica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. McMahon CG, Jannini E, Waldinger M, Rowland D. Standard operating procedures in the disorders of orgasm and ejaculation. *J Sex Med.* 2013;10:204-29.
2. San Martín Blanco C. Actualización en el abordaje de los trastornos de la eyaculación y el orgasmo desde una perspectiva integradora: ¿qué podemos hacer? *Rev Int Androl.* 2007;5:63-72.
3. Schapiro B. Premature ejaculation: a review of 1,130 cases. *J Urol.* 1943;50:374-9.
4. Waldinger MD, Schweitzer DH. The Use of Old and Recent DSM Definitions of Premature Ejaculation in Observational Studies: A Contribution to the Present Debate for a New Classification of PE in the DSM-V. *J Sex Med.* 2008;5:1079-87.
5. Consenso de eyaculación rápida. *AIMS (Academia Internacional de Sexología Médica).* Vol. 2. Salvador de Bahía: Fondo Editorial El Colega; 2004.
6. Sánchez F. El médico ante el anuncio televisivo de eyaculación precoz. *Rev Int Androl.* 2010;8:51-6.
7. Sánchez F, González R, Jurado AR, San Martín C, Montaña RM, Tijeras MJ, et al. La historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes. *Semergen.* En prensa 2013.
8. McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharlip ID, et al. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: Report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *J Sex Med.* 2008;5:1590-606.
9. American Psychiatric Association. *DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision. 5th ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

10. Rust J, Golombok S. The GRISS: a psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sex Behav.* 1986;15:157-65.

11. Gindin L, Huget M. Test de Eyaculación Precoz, 1993. En Alcoba S, García-Giralda L, San Martín C, editores. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. Madrid: Organización Médica Colegial. Ed. IM&C; 2004.

12. Patrick DL, Giuliano F, Ho KF, Gagnon DD, McNulty P, Rothman M. The premature ejaculation profile: validation of self-reported outcome measures for research and practice. *BJU Int.* 2009;103:358-64.

13. Althof S, Rosen R, Symonds T, Mundayat R, May K, Abraham L. Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control, and distress associated with premature ejaculation. *J Sex Med.* 2006;3:465-75.

14. Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martine M, May K, et al. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *Eur Urol.* 2007;52:565-73.

15. Yuan YM, Xin ZC, Jiang H, Guo YJ, Liu WJ, Tian L, et al. Sexual function of premature ejaculation patients assayed with Chinese Index of Premature Ejaculation. *Asian J Androl.* 2004;6:121-6.

16. Arafa M, Shamloul R. Development and evaluation of the Arabic Index of Premature Ejaculation (AIPE). *J Sex Med.* 2007;4:1750-6.

Anexo 1 Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT)¹⁴

Este cuestionario ayuda a identificar pacientes que eyaculan rápido durante su actividad sexual. Aunque usted no presente alteración alguna, le agradeceríamos contestara a todas las preguntas.

- Marque la respuesta con la que mejor se identifica.
- Marque tan solo una respuesta por cada pregunta.
- Aunque la percepción sobre su eyaculación cambie algunas veces, lo que interesa de este cuestionario es la impresión general que usted tiene.

Eyaculación: expulsión de semen tras la penetración del pene en la vagina de su pareja

- | | |
|---|---|
| 1. Dificultad para usted en retrasar su eyaculación | 0. No tengo dificultad
1. Tengo poca dificultad
2. Tengo dificultad moderada
3. Tengo bastante dificultad
4. Extremadamente difícil |
| 2. ¿Eyacula usted antes de desearlo? | 0. Casi nunca o nunca (0%)
1. Menos de la mitad de las veces (25%)
2. Alrededor de la mitad de las veces (50%)
3. Más de la mitad de las veces (75%)
4. Casi siempre o siempre (100%) |
| 3. ¿Eyacula usted con muy poca estimulación? | 0. Casi nunca o nunca (0%)
1. Menos de la mitad de las veces (25%)
2. Alrededor de la mitad de las veces (50%)
3. Más de la mitad de las veces (75%)
4. Casi siempre o siempre (100%) |
| 4. ¿Se siente frustrado por eyacular antes de lo deseado? | 0. No, en absoluto
1. Algo
2. Moderadamente
3. Mucho
4. Extremadamente |
| 5. ¿Cree usted que su eyaculación rápida deja a su pareja insatisfecha? | 0. No, en absoluto
1. Algo
2. Moderadamente
3. Mucho
4. Extremadamente |

Obtenga la puntuación total sumando el número que corresponda a la opción marcada. Puntuación: < 8, ausencia de eyaculación precoz; 9-10, eyaculación precoz probable; ≥ 11, eyaculación precoz.