

ORIGINAL

Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la eyaculación precoz: recomendaciones de experto



Rafael Prieto^{a,*}, Natalio Cruz^b, Francisco Cabello^c, Ferrán García^d, Antonio Fernández^e, Miren Larrazábal^f, Antonio Martín^g, Froilan Sánchez^h, Carlos San Martínⁱ, José Viladoms^j y Grupo Elaborador de Recomendaciones del Consenso sobre Eyaculación Precoz

^a Unidad de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva; Unidad Clínica de Urología, Hospital Regional Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^b Servicio de Urología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

^c Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, Málaga, España

^d Unidad de Andrología, Servicio de Reproducción, Instituto Marqués, Barcelona, España

^e Servicio de Andrología, Fundació Puigvert, Barcelona, España

^f Instituto Kaplan de Psicología y Sexología, Madrid, España

^g Servicio de Urología, Hospital Carlos Haya, Málaga, España

^h Centro de Salud de Xàtiva, Xàtiva, Valencia, España

ⁱ Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud, Santander, España

^j Servicio de Andrología-Urología, Centro Médico Teknon, Barcelona, España

Recibido el 18 de enero de 2017; aceptado el 21 de enero de 2017

Disponible en Internet el 25 de abril de 2017

PALABRAS CLAVE

Eyaculación precoz;
Terapia cognitiva;
Técnicas psicológicas;
Tratamiento farmacológico;
Inhibidores de la recaptación de serotonina;
Anestésicos locales;
Procedimientos quirúrgicos operativos

Resumen

Objetivos: Elaborar recomendaciones sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la eyaculación precoz (EP).

Material y método: Un grupo multidisciplinar de expertos planteó las preguntas clínicas. En base a una revisión sistemática no exhaustiva y la experiencia clínica, se elaboraron recomendaciones que fueron validadas en una ronda Delphi y, posteriormente, en una reunión presencial.

Resultados: El interrogatorio es básico para el diagnóstico de la EP, que se complementará con una exploración física y con el uso de cuestionarios específicos. El tratamiento psicológico de la EP con terapia sexual y técnicas conductuales es eficaz, siendo más eficaz combinado con tratamiento farmacológico. No se recomienda el uso de agentes anestésicos ni las intervenciones quirúrgicas. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son eficaces y seguros, siendo la dapoxetine el único fármaco con indicación. Los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 no tienen suficiente evidencia que avale su uso. No existen estrategias estandarizadas de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rprietoc@ono.com (R. Prieto).

KEYWORDS

Premature ejaculation;
Cognitive therapy;
Psychological techniques;
Drug therapy;
Serotonin uptake inhibitors;
Local anesthetics;
Surgical operative procedures

seguimiento de esta patología, si bien se pueden utilizar herramientas como escalas, cuestionarios o la autoestimación del tiempo de latencia intravaginal para la evaluación de la respuesta, y un seguimiento específico de visitas en caso de la toma de ISRS.

Conclusiones: El presente consenso propone diversas recomendaciones referidas al manejo de la EP fundamentadas en la evidencia y en la experiencia clínica y que pretende ser un instrumento útil al clínico implicado en el manejo de estos pacientes.

© 2017 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnosis, treatment and follow-up of premature ejaculation: Expert's recommendations**Abstract**

Objectives: To develop recommendations on the diagnosis, treatment and monitoring of premature ejaculation (PE).

Material and method: A multidisciplinary group of experts created clinical questions. Based on a non-exhaustive systematic review and their clinical experience, recommendations were developed and validated in a Delphi round and, after that, in a meeting.

Results: Interviews are essential for the diagnosis of PE, which has to be complemented with a physical examination and the use of specific questionnaires. Psychological treatment of PE with sex therapy and behavioral techniques is effective, and it is more effective when combined with drug treatment. The use of anesthetic agents or surgical interventions is not recommended. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are effective and safe, being dapoxetine the only drug with specific indication for PE. Inhibitors of phosphodiesterase type 5 have not enough evidence to support their use. There are no standardized monitoring strategies for this disease, although tools such as scales, questionnaires or self-esteem intravaginal latency time for response assessment can be used, in addition to specific follow-up visits if the patient is taking SSRIs.

Conclusions: This consensus proposes several recommendations regarding the management of PE according to evidence and clinical experience and aims at being a useful clinical instrument for the management of these patients.

© 2017 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La eyaculación precoz (EP) es, junto con la disfunción eréctil, una de las patologías sexuales masculinas más comunes, con una prevalencia del 20-30%¹. Se desconoce su etiología, y existen pocos datos que respalden las hipótesis biológicas y psicológicas propuestas; entre ellas, ansiedad, hipersensibilidad del pene y disfunción de los receptores de 5-HT².

Aunque la EP es muy frecuente, los pacientes suelen ser reacios a hablar de sus síntomas y muchos médicos no conocen tratamientos eficaces. En consecuencia, es un problema de salud infradiagnosticado y con frecuencia mal tratado³. Es más probable que los varones que la sufren describan una satisfacción escasa con su relación sexual, dificultades para relajarse durante el coito y tengan relaciones sexuales menos frecuentes⁴. Además, la EP merma la confianza en uno mismo y la relación con la pareja, y puede causar angustia mental, ansiedad, vergüenza y depresión⁴. A pesar de las graves consecuencias psicológicas y los efectos sobre la calidad de vida que produce, pocos

varones solicitan tratamiento, generalmente por vergüenza o debido al desconocimiento de que existe tratamiento.

Todo ello justifica la necesidad de promover una discusión estructurada y la formulación de recomendaciones para la práctica clínica habitual de la EP sobre su diagnóstico, tratamiento y seguimiento, toda vez que en paralelo se está elaborando un trabajo que recoge los resultados de este consenso relativos a la definición y a la prevalencia de la EP.

Material y métodos

Un grupo multidisciplinar de 10 expertos, formado por urólogos, médicos de atención primaria y sexólogos, elaboró las preguntas clínicas sobre las que realizar la búsqueda bibliográfica.

Búsqueda bibliográfica y selección de artículos

Aplicando la metodología PICO (*Patients, Intervention, Comparison, Outcome*, por sus siglas en inglés), se realizó

una búsqueda sistemática no exhaustiva en Medline de los últimos 5 años, filtrando prioritariamente guías de práctica clínica o consensos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y revisiones, en inglés y en castellano. En caso de no encontrar resultados, se ampliaron el periodo y la tipología de estudio. En todas las preguntas se utilizó el término *Mesh* «premature ejaculation» y otras palabras clave específicas según la pregunta. Los artículos para la lectura crítica fueron seleccionados en base al título y el resumen. Finalmente, se completó la búsqueda con artículos proporcionados directamente por los expertos.

Redacción de recomendaciones

Para cada pregunta se realizó la lectura de los artículos y una extracción de contenidos, evaluando la calidad de los trabajos mediante las plantillas del *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN). Posteriormente se evaluaron las evidencias disponibles y se redactaron las recomendaciones y conclusiones por pregunta, categorizando el nivel de evidencia (NE) y el grado de recomendación (GR) con el sistema SIGN modificado⁵.

Proceso de consenso

Se elaboró un cuestionario para evaluación individual que incluía las recomendaciones y conclusiones de cada pregunta. Los expertos indicaron su conformidad con una escala del 1 al 4 (1 muy en desacuerdo y 4 muy de acuerdo), pudiendo también realizar comentarios. Luego se agregaron los resultados y se calcularon los porcentajes de acuerdo de los votos en el 1 y 2 (desacuerdo) y del 3 y 4 (acuerdo). Se estableció como consenso el porcentaje de acuerdo $\geq 80\%$ y discrepancia por debajo de este umbral. Posteriormente se celebró una reunión presencial donde se debatieron las discrepancias y los comentarios relevantes y, finalmente, los expertos volvieron a votar mediante un sistema de votación electrónica anónima.

Resultados

Búsqueda bibliográfica y elaboración de recomendaciones

La búsqueda bibliográfica proporcionó 533 referencias después de eliminar duplicados; de estas, se seleccionaron 37 tras la lectura del texto completo; posteriormente se añadieron 8 trabajos más, sea por haberse publicado posteriormente a la búsqueda bibliográfica o bien por ser relevantes según el panel de expertos (fig. 1).

Tras la evaluación de las recomendaciones en las dos rondas de consenso y la reunión presencial se validaron 32 recomendaciones sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento, de las que un 75% obtuvieron unanimidad (tabla 1).

Diagnóstico

Anamnesis

Recomendaciones 1-4. El interrogatorio al paciente es uno de los aspectos primordiales en el manejo inicial de la EP según las principales guías. El diagnóstico se basa solo en la historia clínica (médica y sexual), siendo el tiempo hasta la eyaculación (*intravaginal ejaculation latency time* [IELT]) el parámetro más importante. También se deben recopilar antecedentes y datos de la situación y estado actual del paciente, de la relación con su pareja y de su entorno cultural/religioso⁶⁻⁸ (NE: IV). Los médicos de atención primaria son los que mejor pueden detectar la EP, al tener una relación más estrecha con el paciente y por conocer sus problemas médicos globalmente.

Recomendación 5. La valoración de la relación de pareja es necesaria para un correcto diagnóstico de la EP. La EP puede ser causada por parejas con déficit oculto de excitación sexual⁶ (NE: IV) y la opinión de la pareja puede contribuir de forma importante a la comprensión del problema^{2,6} (NE: IV).

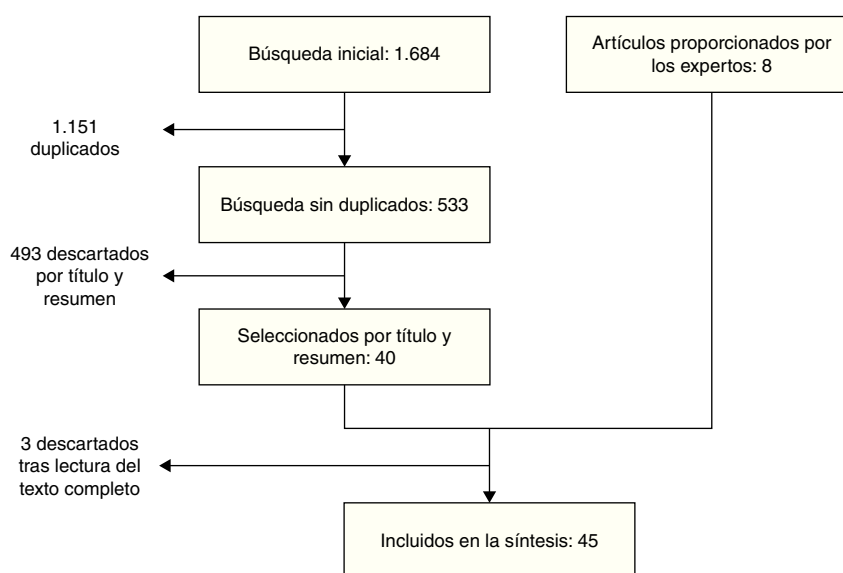


Figura 1 Selección de artículos para inclusión en la revisión sistemática.

Tabla 1 Resumen de las recomendaciones consensuadas

N	Recomendación	A	NE/GR	Fuente
<i>Diagnóstico</i>				
1	Resulta fundamental para la evaluación de la EP la entrevista clínica en la que debemos conocer de forma detallada la historia del problema y su forma de presentarse y mantenerse	100%	IV/D	6-8
2	Se deben determinar algunas características importantes: frecuencia y duración de la EP, relación o no con parejas específicas, si ocurre siempre o solo en algunas ocasiones, si depende del grado de intensidad del estímulo, si depende del tipo de estímulo (sexo vaginal, masturbación, anal, vídeos, etc.), valorar el impacto de la EP en la vida sexual, personal y relacional, si se relaciona con el uso o abuso de drogas	100%	OpEx	OpEx
3	Se recomienda que el médico de cabecera, familiar o de atención primaria haga que el paciente se sienta confortable y predispuesto a solicitar ayuda para su problema eyaculatorio	100%	OpEx	OpEx
4	Antes de decidir el tratamiento de la EP debe valorarse la situación clínica y personal del paciente (ansiedad, depresión, problemas familiares, estilo de vida, etc.)	100%	IV/D	6-8
5	Debe tenerse en cuenta la opinión de la pareja del paciente con EP, ya que es relevante y significativa en la comprensión del problema	100%	IV/D	2,6
6	Debe practicarse un examen físico sencillo de los sistemas vascular, endocrino y neurológico	100%	IV/D	10
7	Debe realizarse una valoración de patología urológica: uretritis, prostatitis, induración cuerpos cavernosos (Peyronie)	100%	IV/D	10
8	La exploración física en la EP debe incluir el tacto rectal para valorar patología inflamatoria prostatoseminal y los reflejos bulbocavernoso y anal	100%	IV/D	7
9	Se recomienda la elaboración de una escala/test/cuestionario validado dirigido al paciente para hacer más ágil el diagnóstico de la EP y así aliviar en parte la presión asistencial	80%	IV/D	9,11
10	En la medida de lo posible se recomienda el uso de cuestionarios específicos para ayudar al diagnóstico de la EP ya que permite la caracterización de la misma y evaluar la respuesta al tratamiento de la EP	90%	OpEx	OpEx
11	Se recomienda el uso de cualquiera de los cuestionarios validados para la EP, en función del parámetro que se quiera evaluar	100%	OpEx	OpEx
12	Se recomienda el uso del PEDT como herramienta diagnóstica de la EP	100%	II/B	12
13	No es necesario realizar test fisiológicos ni analíticas de rutina a menos que la historia clínica o la exploración física orienten hacia problemas concomitantes (infección prostática, urinaria)	100%	IV/D	7
<i>Tratamiento psicosexual</i>				
14	Se recomienda el tratamiento cognitivo conductual como tratamiento de elección en el varón con EP	100%	4/D	14
15	Se recomienda que para llevar a cabo la terapia sexual con varones con EP se cumplan los siguientes requisitos: reconocimiento del problema y búsqueda de ayuda profesional para efectuar una terapia sexual; correcto entendimiento por parte del varón y su pareja (si es que la hubiere) del problema de la EP; conocimiento y aceptación de la terapia sexual, planificar y pactar con el terapeuta objetivos realistas en la terapia; compromiso y colaboración proactiva con la terapia tanto del varón como de la pareja (si es que la hubiere); inversión de tiempo, esfuerzo y coste económico; asistencia a las consultas planteadas; y llevar a cabo los ejercicios y tareas asignadas por el terapeuta	100%	OpEx	OpEx
<i>Tratamiento farmacológico</i>				
16	En la práctica clínica no son aconsejables los anestésicos tópicos dado que, si bien alargan el IELT, dificultan la satisfacción sexual y pueden interferir en el aprendizaje para el control eyaculatorio	100%	OpEx	OpEx
17	Es importante tener en cuenta los efectos secundarios que algunos de estos ISRS tienen sobre la espermatogénesis, el síndrome de discontinuación y la respuesta sexual	100%	OpEx	OpEx

Tabla 1 (continuación)

N	Recomendación	A	NE/GR	Fuente
18	Se recomienda el uso de dapoxetina, ya que es el único ISRS aprobado con la indicación específica para el tratamiento de la EP	100%	1++/A	25
19	Se recomienda escoger un régimen u otro, basándose en las preferencias del paciente y considerando sus hábitos y su frecuencia sexual	100%	OpEx	OpEx
20	No se recomienda el tratamiento de la EP con agentes vasoactivos intracavernosos como práctica rutinaria, por la falta de evidencia sobre su eficacia y su seguridad	100%	2+/D	2
21	En caso de coexistencia de EP y disfunción eréctil, la disfunción eréctil debe ser tratada primero, y en este caso sí están indicados los IPDE5	100%	2+/C	34
<i>Tratamiento combinado psicosexual y farmacológico</i>				
22	Se recomienda el tratamiento combinado con farmacoterapia y terapia/consejo sexual para el abordaje de las distintas formas de EP	100%	1+/B	9,14,29
<i>Tratamiento quirúrgico</i>				
23	No se recomienda el tratamiento de la EP con neurotomía selectiva del nervio dorsal	100%	OpEx	OpEx
24	No se recomienda la crioblación percutánea unilateral del nervio dorsal del pene	100%	1+/B	30
<i>Seguimiento y evaluación de la respuesta</i>				
25	Se recomienda la evaluación de la respuesta al tratamiento mediante la respuesta referida por el paciente a una única pregunta del CGIC: «En comparación con antes de comenzar el tratamiento, ¿describiría su problema de EP como: mucho mejor, moderadamente mejor, levemente mejor, sin cambios, levemente peor, moderadamente peor, mucho peor?»	90%	1b/A	35
26	Se recomienda que la autoestimación por parte del paciente y su pareja de la latencia eyaculatoria sea aceptada como el método para determinar el IELT en la práctica clínica	90%	1b/A	32
27	Se recomienda la utilización de cuestionarios como el PEP, el IPE y el PEDT para monitorizar la respuesta al tratamiento de medidas como el control sobre la eyaculación, la satisfacción con las relaciones sexuales y dificultades interpersonales y la angustia personal relacionada con la eyaculación	90%	1b/A	32
28	Se recomienda adaptar el grado de seguimiento a las necesidades de cada paciente	100%	4/D	31
29	Se recomienda realizar la primera visita de seguimiento a las 4 semanas, o 6 dosis, en pacientes tratados con dapoxetina	90%	1++/A	33
30	Se recomienda realizar la primera visita de seguimiento a las 4 semanas en pacientes tratados con dosis diarias de ISRS y tratamiento tópico con anestésicos	90%	4/D	31
31	Se recomienda realizar la primera visita de seguimiento a las 4 semanas en pacientes tratados con ISRS a demanda	100%	4/D	31
32	Se recomienda realizar la segunda visita de seguimiento a las 12 semanas de iniciado el tratamiento y posteriormente cada 6 meses hasta la finalización del mismo	80%	OpEx	OpEx

N: número de recomendación; NE/GR: nivel de evidencia/grado de recomendación; OpEx: opinión de expertos.

Exploración física

Recomendaciones 6-8. La exploración física forma parte de la valoración inicial⁹ y debería incluir un breve examen para identificar patologías subyacentes asociadas a la EP u otras disfunciones sexuales¹⁰ (NE: IV), aunque inicialmente no se sospeche causa orgánica. Esta exploración es especialmente importante en la EP adquirida¹¹ (NE: IV), pero podría obviarse en el caso de la EP primaria si no se sospecha de afectación prostática.

Uso de cuestionarios

Recomendaciones 9-12. Aunque la historia clínica es insustituible, existen diversos cuestionarios cuyo uso es recomendable para ayudar al diagnóstico y caracterizar la EP y que son útiles para evaluar la respuesta al tratamiento y en ensayos clínicos. Entre ellos se encuentran el *Premature Ejaculation Profile* (PEP), el *Index of Premature Ejaculation* (IPE), el *Male Sexual Health Questionnaire Ejaculatory Dysfunction* (MSHQ-EjD) o el *Premature Ejaculation Diagnostic*

Tool (PEDT), que es un cuestionario validado y disponible para uso clínico que ha demostrado ser exacto en la identificación de la EP¹² (NE: II) y el único que, junto con el *Arabic Index of Premature Ejaculation* (AIPE), puede discriminar a los pacientes con EP de los que no la padecen⁹ (NE: IV). Sin embargo, en diferentes estudios se han utilizado otro tipo de cuestionarios, como el *International Index of Erectile Function* (IIEF), el AIPE, el *Ability of Ejaculation Control* (AEC), el *Sexual Satisfaction Score* (SSS), el *Index of Ejaculatory Control* (IEC), el *Sexual Quality-of-Life* (SQOL) y el Autotest de EP, entre otros. Finalmente, se encuentra la escala de satisfacción sexual de Rust y Golombok (GRISS), que mide la calidad de las relaciones sexuales y de la función sexual (incluyendo la EP) y puede ser recomendable en la esfera de la pareja.

Exploraciones complementarias

Recomendación 13. No existen analíticas específicas para el diagnóstico de la EP⁷ (NE: IV). En un estudio se evidenció que la leptina en plasma y la 5-HT podrían ser marcadores serológicos de la EP congénita o primaria. Sin embargo, son necesarios más ensayos para determinar el papel exacto de estos 2 marcadores en el ámbito de la EP¹³ (NE: II).

Tratamiento psicosexual

Recomendaciones 14-15. El tratamiento de la EP con terapia sexual y técnicas conductuales es eficaz¹⁴. La práctica frecuente de las técnicas conductuales para el control de la eyaculación por parte del varón y su pareja mejora los resultados y los mantiene a largo plazo, no es dolorosa y no tiene efectos secundarios^{15,16}. La terapia sexual tiene un enfoque holístico y se centra en la satisfacción sexual del varón y su pareja, y aumenta la comunicación y el bienestar en la relación. No obstante, no existen estudios de investigación bien controlados que aporten datos concluyentes sobre la eficacia de estas técnicas¹⁷, y la terapia sexual además requiere tiempo y esfuerzo del varón y la colaboración activa y positiva de la pareja (si la hubiere)^{18,19}. Tal como sucede en el tratamiento de otras disfunciones sexuales, la terapia sexual requiere una serie de requisitos que garanticen el éxito terapéutico.

Actualmente, el tratamiento psicosexual más frecuente y eficaz de la EP combina una integración de técnicas conductuales y cognitivas que incluyen el entrenamiento en relajación fisiológica, el aprendizaje del control del músculo pubocoxígeo y la autosensibilización corporal. También existen diversos modelos de enfoque psicosexual que recomiendan que la pareja se involucre en el tratamiento (NE: 4)²⁰.

Tratamiento farmacológico

Anestésicos tópicos

Recomendación 16. El uso de los agentes tópicos para el tratamiento de la EP está respaldado por varias guías^{6,9,14}. Sus formulaciones en crema (lidocaína-prilocaina) y en spray (aún en desarrollo) han mostrado aumentos significativos del IELT^{21,22}, logrando un IELT de 8,45 min con la primera y un incremento de hasta 6,3 veces el IELT basal con el segundo (NE: 1+/1++). La crema debe administrarse 20 min antes de

la actividad sexual²¹ (NE: 1+) y el spray solo 5 min antes²² (NE: 1++).

Aunque prácticamente no tienen efectos secundarios sistémicos, pueden presentarse algunos a nivel local, como hipoestesia del pene, irritación local, posible pérdida de erección, adormecimiento de la vagina de la pareja, sensación de suciedad y necesidad de uso de preservativo con la crema²¹ (NE: 1+). Si bien el grupo de expertos no recomienda su uso, por su eficacia, tolerabilidad y uso a demanda podrían considerarse un tratamiento de primera y segunda línea en la EP primaria o como adyuvante a fármacos orales (NE: 1+).

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Recomendaciones 17-19. Se ha demostrado que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) administrados a diario retardan la eyaculación²³ (NE: 1++), y que su administración a demanda (3-5 h antes) es menos eficaz²⁴ (NE: 1+). El alargamiento del IELT que producen los ISRS oscila entre 2,6 y 13,2 veces el IELT basal²³ (NE: 1++). El único fármaco con indicación para la EP es la dapoxetina²⁵ (NE: 1++), que es eficaz tanto en la EP primaria como en la adquirida²⁶ (NE: 1++). La dapoxetina ha demostrado incrementos del IELT basal de hasta 4,3 veces, administrada 30-120 min antes del coito, a dosis de 30-60 mg²⁵ (NE: 1++). El resto de ISRS, aunque eficaces y seguros, están fuera de indicación para la EP. Los efectos adversos más comunes de los ISRS son disminución del deseo sexual, eyaculación retardada, aneyaculación y orgasmo ausente o retardado, y disfunción eréctil²⁷ (NE: 1++), aunque los de la dapoxetina son usualmente menores, de inicio en la primera semana y pueden desaparecer gradualmente a lo largo de la segunda o tercera semana de tratamiento²⁵ (NE: 1++).

Inhibidores de la fosfodiesterasa 5

Recomendaciones 20-21. Solo existe un ensayo bien diseñado cuyos resultados mostraron que los inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE5) aumentan la confianza y la percepción de control sobre la eyaculación y reducen la ansiedad de ejecución y el periodo refractario hasta conseguir una segunda erección tras la eyaculación²⁸ (NE: 1+). La administración intracavernosa de agentes vasoactivos no tiene evidencia que soporte su eficacia y su seguridad.

Tratamiento combinado psicosexual y farmacológico

Recomendación 22. En el abordaje clínico de la EP suelen combinarse distintas opciones terapéuticas. El tratamiento combinado con farmacoterapia y psicoterapia/consejo sexual es una adecuada opción de tratamiento para la EP y ofrece mejores resultados que ambas por separado^{9,14,29} (NE: 1+), siendo además más satisfactorio para el paciente y su pareja. No obstante, no se dispone de mucha evidencia que sustente esta opción.

Tratamiento quirúrgico

Recomendaciones 23-24. Aunque se han encontrado evidencias que sugieren que el tratamiento de la EP con neurotomía selectiva del nervio dorsal es efectivo¹⁴ (NE: 4) y que la

crioablación percutánea unilateral del nervio dorsal del pene es eficaz³⁰ (NE: 1+), el grupo de expertos manifiesta que no hay suficiente evidencia y que son frecuentes los efectos adversos de la primera.

Seguimiento y evaluación de la respuesta

Recomendaciones 25-27. No se han definido claramente las estrategias de seguimiento, ni estandarizado un régimen óptimo de seguimiento³¹. En la práctica clínica el seguimiento es un componente esencial en la gestión del paciente con EP.

La escala de Impresión Clínica Global del Cambio (CGIC) es una medida de la respuesta al tratamiento. Además, la autoestimación del IELT por el paciente o su pareja se correlaciona relativamente bien con la medición objetiva del mismo con cronómetro, por lo que podría considerarse una medida aproximada del IELT³² (NE: 1+). Adicionalmente, los cuestionarios pueden ser útiles para monitorizar la respuesta al tratamiento.

Recomendaciones 28-32. Existe poca información respecto a cuál debe ser la periodicidad óptima de seguimiento, quedando a discreción del médico³¹. La frecuencia y la duración de las visitas de seguimiento en los pacientes con EP dependen de factores tales como el tipo de EP (primaria o secundaria), el tipo de tratamiento (farmacológico o combinado con psicoterapia), la respuesta al tratamiento, la presentación de efectos adversos, la edad del paciente, la capacidad de comprensión de los procesos terapéuticos, la presencia de comorbilidades, si el paciente tiene o no pareja, disfunciones sexuales de la pareja, involucreción o no de esta en el tratamiento, la falta de tiempo consustancial a la vida moderna, e incluso consideraciones económicas. No obstante, ciertas evidencias en el seguimiento de tratamientos farmacológicos sugieren aproximaciones diferentes en función de si se utilizan ISRS a demanda o diariamente^{31,33}.

Discusión

Tal como se ha constatado, es necesario incrementar la investigación en torno a la EP con estudios bien diseñados que permitan arrojar más luz en diversos aspectos relativos a su manejo. No obstante, en la actualidad se están llevando a cabo varios estudios centrados en el tratamiento farmacológico con resultados esperanzadores, pese a lo cual, hoy por hoy, la experiencia clínica y la opinión de experto continúan siendo fundamentales.

Así, el presente trabajo aporta la visión de un grupo multidisciplinar de expertos desde diferentes perspectivas médicas del manejo de la EP, basándose en una amplia revisión de la literatura y su dilatada experiencia clínica. Asimismo, el elevado nivel de acuerdo alcanzado para todas las recomendaciones —el 75% de las mismas con unanimidad— avala la solvencia del documento final. No obstante, la principal limitación de este trabajo es que la revisión de la literatura no es exhaustiva, lo que reduce el volumen de trabajos obtenidos en la búsqueda bibliográfica, pudiendo generar potenciales sesgos en el análisis de los resultados. Sin embargo, la metodología de búsqueda y de

selección de artículos permitió contar con los trabajos de mayor calidad.

En conclusión, con el objetivo de aportar un instrumento útil al clínico implicado en el manejo de los pacientes con EP, este consenso propone un conjunto de recomendaciones fundamentadas en la evidencia científica y en el conocimiento experto.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Los autores agradecen a Laboratorios Menarini el apoyo económico prestado para la realización del trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran haber recibido financiación de Laboratorios Menarini para la realización de este trabajo.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Verónica Albert y Sonia Pisa, de GOC *Networking*, por su soporte en la conducción de la metodología del proceso de consenso.

Bibliografía

1. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res.* 2005;17:39-57.
2. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, Chen J, Jannini E, Waldinger MD, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med.* 2010;7 4 Pt 2:1668-86.
3. Rosenberg MT, Sadovsky R. Identification and diagnosis of premature ejaculation. *Int J Clin Pract.* 2007;61:903-8.
4. Rowland DL, Patrick DL, Rothman M, Gagnon DD. The psychological burden of premature ejaculation. *J Urol.* 2007;177:1065-70.
5. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I + CS; 2007 [consultado Oct 2014]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/documentos/Manual%20metodologico%20-%20Elaboracion%20GPC%20en%20el%20SNS.pdf>
6. Montague DK, Jarow J, Broderick GA, Dmochowski RR, Heaton JP, Lue TF, et al. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation. *J Urol.* 2004;172:290-4.

7. Toquero F, Zarco J, Cabello F, Alcoba SL, García-Giralda L, Martín S. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales de la OMC. Madrid: IM&C; 2004.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
9. Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Montorsi F, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol*. 2010;57:804–14.
10. Shabsigh R. Diagnosing premature ejaculation: A review. *J Sex Med*. 2006;3 Suppl 4:318–23.
11. 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.
12. Harrison C, Bayram C, Britt H. Premature ejaculation. *Aust Fam Physician*. 2013;42:265.
13. Wang B, Yang C, Tang K. Serum leptin and 5-hydroxytryptamine measurements for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *Urology*. 2013;82:1336–40.
14. Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG, et al. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med*. 2010;7:2947–69.
15. Verhulst J, Heiman J. A systems perspective on sexual desire. En: Lieblum S, Rosen R, editores. *Sexual Desire Disorders*. New York, NY: Guilford; 1988. p. 243–67.
16. Wincze JP, Carey MP. *Sexual Dysfunction: A Guide for Assessment and Treatment*. New York, NY: Guilford; 1991.
17. Metz ME, Pryor JL, Nesvacil LJ, Abuzzahab F Sr, Koznar J. Premature ejaculation: A psychophysiological review. *J Sex Marital Ther*. 1997;23:3–23.
18. Hawton K. Integration of treatments for male erectile dysfunction. *Lancet*. 1998;351:7–8.
19. Heiman JR, Meston CM. Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annu Rev Sex Res*. 1997;8:148–94.
20. Cabello F. *Manual de Sexología y Terapia Sexual*. Madrid: Síntesis; 2010.
21. Atikeler MK, Gecit I, Senol FA. Optimum usage of prilocaine-lidocaine cream in premature ejaculation. *Andrologia*. 2002;34:356–9.
22. 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;103:940–9.
23. 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;16:369–81.
24. Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B. On-demand treatment of premature ejaculation with clomipramine and paroxetine: A randomized, double-blind fixed-dose study with stopwatch assessment. *Eur Urol*. 2004;46:510–5, discussion 516.
25. McMahon CG, Althof SE, Kaufman JM, Buvat J, Levine SB, Aquilina JW, et al. Efficacy and safety of dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: Integrated analysis of results from five phase 3 trials. *J Sex Med*. 2011;8:524–39.
26. Porst H, McMahon CG, Althof SE, Sharlip I, Bull S, Aquilina JW, et al. Baseline characteristics and treatment outcomes for men with acquired or lifelong premature ejaculation with mild or no erectile dysfunction: Integrated analyses of two phase 3 dapoxetine trials. *J Sex Med*. 2010;7:2231–42.
27. Wang WF, Chang L, Minhas S, Ralph DJ. Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of premature ejaculation. *Chin Med J (Engl)*. 2007;120:1000–6.
28. McMahon CG, Stuckey BG, Andersen M, Purvis K, Koppiker N, Haughe S, et al. Efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in men with premature ejaculation. *J Sex Med*. 2005;2:368–75.
29. Berner M, Gunzler C. Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions—a systematic review of controlled clinical trials: Part 1—The efficacy of psychosocial interventions for male sexual dysfunction. *J Sex Med*. 2012;9:3089–107.
30. Richard HM 3rd. Primum non nocere. *J Vasc Interv Radiol*. 2013;24:219–20.
31. Moncada I. The importance of follow-up in patients with premature ejaculation. *J Sex Med*. 2011;8 Suppl 4:353–9.
32. Althof SE, McMahon CG, Waldinger MD, Serefoglu EC, Shindell AW, Adaikan PG, et al. An update of the international society of sexual medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation (PE). *J Sex Med*. 2014;2:60–90.
33. SRL AMFI. Summary of Product Characteristics. Priligy 30 mg and 60 mg film-coated tablets [consultado Dic 2016]. Disponible en: <http://www.medicines.org.uk/emc/medicine/28284/SPC/Priligy+30+mg+and+60+mg+filmcoated+tablets/>.
34. 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;98:259–72.
35. Althof SE, Brock GB, Rosen RC, Rowland DL, Aquilina JW, Rothman M, et al. Validity of the patient-reported Clinical Global Impression of Change as a measure of treatment response in men with premature ejaculation. *J Sex Med*. 2010;7:2243–52.