

Farmacia Comunitaria

Curso básico

Salud genitourinaria



ADELA-E. GÓMEZ AYALA

Doctora en Farmacia. Máster en Atención Farmacéutica. Diplomada en Nutrición por la Universidad de Granada.

Objetivos generales

Los farmacéuticos participantes en este curso actualizarán sus conocimientos sobre atención al paciente con enfermedades o problemas de salud genitourinaria, incidiendo especialmente en la dispensación informada, ámbito específico en el que pueden desarrollar plenamente su tarea como educadores sanitarios y expertos en el medicamento.

Objetivos específicos

Al término de este curso, los farmacéuticos participantes:

- Dispondrán de unos conocimientos adecuados de la etiología, la sintomatología y el diagnóstico de las distintas entidades clínicas o problemas de salud genitourinaria descritos en el curso.

- Podrán realizar una dispensación informada exhaustiva de la medicación prescrita al paciente diagnosticado de alguna de las entidades clínicas descritas, con el objetivo de promover su uso eficaz, racional y seguro.
- Podrán llevar a cabo tareas de farmacovigilancia en relación con la medicación utilizada.

Metodología

El curso se articula en 8 temas, que se publican en FARMACIA PROFESIONAL en 2012-2013, no solo en su versión en papel, sino también en su versión electrónica en www.dfarmacia.com. Cada vez que se publique un tema en la web, se avisará al alumno para que pueda seguir el contenido y realizar el cuestionario de autoevaluación. Para formular cualquier consulta sobre el curso, dispondrá de un correo electrónico de contacto.

Evaluación

El alumno será evaluado a partir de la realización de los cuestionarios asociados a cada tema. El período de autoevaluación (activación de cuestionarios electrónicos en www.dfarmacia.com) se iniciará el 25 de octubre de 2012 y finalizará el 15 de enero de 2014. Para realizar las autoevaluaciones (8 test, cada uno con 10 preguntas de respuesta múltiple y solo una correcta) es necesario registrarse y acceder a www.dfarmacia.com. Para superar el curso, es preciso contestar todos los cuestionarios y superar el 80% del total de preguntas.

El alumno recibirá la calificación de apto o no apto de forma automática, tras la realización del test correspondiente a cada tema. Para evitar fraudes, solo al final del curso se dará acceso a las respuestas correctas, y quienes hayan superado la evaluación podrán descargarse el diploma.

Sumario

1. Infecciones de transmisión sexual
2. Incontinencia urinaria
3. Hiperplasia benigna de próstata
4. Infecciones comunes del tracto urinario
5. Eyaculación precoz
6. Disfunción eréctil
7. Trastornos del ciclo menstrual
8. Trastornos asociados a la menopausia

Tema 5

Eyacuación precoz

Las disfunciones sexuales masculinas empezaron a estudiarse en profundidad a partir de los años setenta del pasado siglo xx, cuando los facultativos comenzaron a reconsiderar la forma de entender y evaluar las alteraciones de la función sexual. En el conjunto de dichas disfunciones, las mejor estudiadas son la disfunción eréctil que abordaremos en otro capítulo y la eyacuación precoz, de la que nos ocupamos a continuación.

ADELA-E. GÓMEZ AYALA

Doctora en Farmacia. Máster en Atención Farmacéutica. Diplomada en Nutrición por la Universidad de Granada.

Actualmente, y según la bibliografía consultada (tabla I), existen varias definiciones de eyacuación precoz. Todas ellas ponen de relieve la existencia de 3 componentes claves en esta alteración:

1. Corto tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal
2. Falta de control
3. Insatisfacción sexual

Pero quizá la más ampliamente aceptada es la que recoge la 4ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR): «eyacuación persistente o recurrente con un mínimo de estimulación antes o poco después de la penetración, y antes de que el individuo lo desee».¹

Epidemiología

Tomando como punto de partida la definición del DSM-IV, se admite que la eyacuación precoz es la disfunción sexual masculina más frecuente y que sus tasas de prevalencia están comprendidas entre el 20 y el 30%. Por edades, la eyacuación precoz alcanza cifras del 55% entre los varones de 50 a 59 años. De hecho, se considera que esta disfunción representa aproximadamente el 30% de las demandas de atención sexológica.

La encuesta GSSAB (Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors)², llevada a cabo en varones de 29 países de entre 40 y los 80 años, confirmó que la prevalencia mundial de la eyacuación precoz se sitúa en torno al 30%.

Etiopatogenia

La etiología de la eyacuación precoz no está totalmente aclarada, pero hay numerosos factores que pueden favorecer su aparición, de manera que podríamos hablar de un origen multifactorial. Los principales factores de riesgo, serían los siguientes:

- Factores sociales: raza negra, hispanos, varones de origen islámico.
- Nivel educativo bajo.
- Factores genéticos.
- Mal estado de salud general.
- Obesidad.
- Fármacos: a modo de ejemplo se citan la trifluoperacina, los opiáceos y algunos simpaticomiméticos.

Tabla I. Definiciones sobre eyacuación precoz según la bibliografía consultada:

Asociación Americana de Urología ³	Eyacuación que ocurre antes de lo deseado, ya sea antes o poco después de la penetración.
Consultor Internacional sobre Disfunción Eréctil ^{4,5}	Eyacuación con mínima estimulación antes de lo deseado y antes o poco después de la penetración con poco o ningún control voluntario por parte del paciente.
Manual Diagnóstico y Estadístico de la Sociedad Americana de Psiquiatría 4ª edición (DSM-IV-TR) ¹	Eyacuación persistente o recurrente con un mínimo de estimulación antes o poco después de la penetración, y antes de que el individuo lo desee.
Sociedad Internacional de Medicina Sexual ⁶	La eyacuación precoz es una disfunción sexual caracterizada por una eyacuación en la cual siempre o casi siempre se produce antes o dentro de aproximadamente un minuto después de la penetración vaginal, y la incapacidad para retrasar la eyacuación en todas o casi todas las penetraciones vaginales.



- Alteraciones neurológicas.
- Inflamación prostática.
- Patologías tiroideas.
- Alteraciones emocionales y estrés, íntimamente unidos a la rapidez e intensidad de la estimulación sexual, la capacidad para controlar el reflejo eyaculatorio, el umbral eyaculatorio (alterado en quienes padecen eyaculación precoz), la deficiencia de habilidades sexuales, los conflictos de pareja no resueltos.
- Trastornos psicopatológicos.

En función de su origen, se distinguen diferentes tipos de eyaculación precoz (tabla II):

A nivel fisiopatológico, antes de abordar la patogenia de este trastorno, conviene recordar la fisiología del proceso eyaculatorio y sus dos fases principales: emisión y expulsión.

En la fase de emisión, las secreciones de las glándulas periuretrales, de las vesículas seminales y de la próstata, junto con el esperma de los vasos deferentes, se depositan en la porción posterior de la uretra.

En la fase de expulsión, tiene lugar una enérgica propulsión de semen a través de la uretra mediante contracciones rítmicas de los músculos estriados del suelo pélvico y del músculo bulboesponjoso, hasta pasar por el cuello vesical cerrado, tiempo durante el que se produce una relajación intermitente del esfínter uretral externo.

Ambas fases están controladas por los sistemas nerviosos central y periférico.

Actualmente se admite que la eyaculación precoz está íntimamente ligada a una disminución de la neurotransmisión serotoninérgica en el sistema nervioso central.

Al mismo tiempo, existen datos a favor de una tendencia hereditaria, con algunos polimorfismos en el transportador de serotonina, que podrían tener un carácter determinante en la aparición de este trastorno.

Clínica

En función de la sintomatología, se admiten cuatro grandes síndromes de eyaculación precoz:

- **Eyaculación precoz primaria:** la eyaculación tiene lugar demasiado pronto

prácticamente en todos los coitos y con cualquier pareja sexual. Esto ha sido así durante toda la vida del hombre, aunque puede verse intensificado con el paso de los años. La capacidad del varón para controlar la eyaculación puede estar ausente o disminuida.

- **Eyaculación precoz adquirida:** un hombre con experiencias eyaculatorias previas normales experimenta una eyaculación precoz que puede ser repentina o gradual y habitualmente está unida a problemas urológicos, alteraciones del tiroides o problemas psicológicos. Al igual que en el caso anterior, la capacidad para controlar la eyaculación puede encontrarse disminuida o ausente.

- **Eyaculación precoz variable natural:** consiste en la presencia de eyaculación precoz de forma ocasional y asociada a determinadas situaciones. Este cuadro se considera una variable normal de la actividad sexual, no estando ligado a ninguna patología.

- **Disfunción eyaculadora de tipo primario:** caracterizada por un tiempo hasta

Tabla II. Tipos de eyaculación precoz, según el origen de la misma.

Primaria (presente desde que el varón comenzó a tener relaciones sexuales)	
Biógena	Hipersensibilidad peneana o del glande Predisposición genética Eyaculación hiperexcitable Disfunción de los receptores centrales de serotonina
Psicógena	Efecto de las primeras relaciones sexuales Ansiedad Técnicas de control eyaculatorio Frecuencia de la actividad sexual
Secundaria (el individuo tuvo un aceptable control eyaculatorio, que ha perdido por causas desconocidas)	
Patología traumatológica	Fractura pélvica Traumatismos del sistema nervioso simpático (cirugía aneurisma aórtico abdominal) Traumatismo craneal
Patología médica	Prostatitis Disfunción eréctil Hipertiroidismo Uretritis Deseo sexual hipoactivo Esclerosis múltiple Accidente vascular cerebral Enfermedad cardiovascular Polineuritis (neuropatías, diabetes, alcoholismo...)
Fármacos	Diuréticos de asa (bumetanida) Antagonistas serotoninérgicos (granisetrom, ciproheptadina, metisergida, pizotifeno) Agonistas colinérgicos (betanecol) Agonistas dopaminérgicos (levodopa) Simpatomiméticos (fenilpropanolamina, bromfeniramina, pseudoefedrina, efedrina, fenilefrina, imipramina, clorfeniramina)

la eyaculación normal, lo que implica que tiene lugar al cabo de 3 - 6 min. No debe considerarse una patología médica verdadera, ya que tras la sintomatología tiende a existir una alteración psicológica y/o de relación. El afectado usualmente refiere percepción de eyaculación rápida (constante o inconstante) y temor a presentar una eyaculación precoz. El tiempo de latencia hasta la eyaculación intravaginal es normal y la capacidad para controlar la eyaculación se encuentra disminuida o ausente. La preocupación que sufre el sujeto no se explica por otro trastorno mental.

Si el problema eyaculatorio no logra controlarse adecuadamente, el afectado tiende a consolidar conductas de auto-observación, autoexigencia y ansiedad anticipatoria, lo que conduce a una perpetuación del problema, con el consiguiente distanciamiento de las relaciones sexuales, lo que genera problemas de relación secundarios a esta alteración.

Diagnóstico

El diagnóstico de la eyaculación precoz suele ser auto-informado por el paciente, que aprecia una falta de control sobre la eyaculación que se traduce en una menor satisfacción sexual durante el coito. El disconfor afecta tanto al paciente como a su pareja. Esta situación hace que el paciente experimente sentimientos de inferioridad y vergüenza.

La piedra angular en el diagnóstico de la eyaculación precoz es la entrevista clínica que debe aportar información sobre los siguientes puntos:

- Antecedentes médicos.
- Frecuencia y duración de esta alteración.
- Trastorno ligado a una pareja concreta o no.
- Presencia o no de esta disfunción en todas las relaciones sexuales.
- Hábitos sexuales del afectado.

- Impacto de esta alteración en las costumbres sexuales y en la calidad de vida del paciente.

Con la información obtenida mediante la anamnesis es posible distinguir entre una eyaculación precoz primaria y una eyaculación precoz adquirida.

La exploración física está indicada cuando se sospecha que esta alteración es debida a una causa orgánica; dicha exploración usualmente incluye valoración de los reflejos bulbocavernoso y anal, así como tacto rectal.

Si bien no existen pruebas complementarias específicas para diagnosticar la eyaculación precoz, diferentes autores consideran como *gold standart* el denominado tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal, que mide, mediante cronómetro en mano, el tiempo transcurrido entre la penetración y la eyaculación.

Este parámetro permite identificar a los pacientes que sufren eyaculación precoz congénita, los cuales frecuentemente refieren tiempos inferiores a los 60 segundos.

Revisión farmacológica

La eyaculación precoz no siempre está asociada a problemas graves. En ocasiones, el tratamiento puede limitarse a un asesoramiento psicosexual.

Otras opciones terapéuticas incluyen la terapia sexual con intervenciones cognitivo-conductuales que pueden aplicarse en procedimientos individuales o de pareja.

Por otra parte, cuando se conoce claramente la etiología de esta disfunción sexual, es fundamental aplicar un tratamiento etiológico, destinado a combatir la causa que genera la eyaculación precoz.

Seguidamente se aborda la farmacoterapia indicada para tratar esta alteración.

Fármacos de prescripción médica

Al analizar la farmacoterapia utilizada para tratar la eyaculación precoz encontramos diferentes medicamentos y distintas vías de administración: α y β -bloqueantes, antidepresivos, inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5, anestésicos tópicos, inyecciones intracavernosas de papaverina y fentolamina...

En el caso de los antidepresivos, las pautas de administración son diferentes: a demanda, en forma sostenida y en régimen secuencial.

- A demanda: entre 2 y 12 horas antes del coito.
- En forma sostenida: administración diaria, no precoital.
- En forma secuencial: administración diaria durante 4-6 semanas, seguido de administración a demanda.

Los mejores resultados se han logrado siguiendo la pauta de administración en forma sostenida.

Las guías de práctica clínica más recientes, indican que los compuestos que han demostrado una mayor utilidad han sido determinados antidepresivos y las cremas anestésicas de uso tópico.

A continuación revisaremos los principales grupos farmacológicos utilizados en el tratamiento de esta disfunción sexual.

Anestésicos tópicos: lidocaína y prilocaína

Los anestésicos locales administrados en forma tópica constituyen la terapia más antigua frente a la eyaculación precoz. Los compuestos disponibles son lidocaína y prilocaína que se comercializan en forma de cremas, geles o lociones y deben administrarse aproximadamente entre 20 y 30 min antes de mantener la relación sexual. Sus efectos secundarios son mínimos.

Su uso está justificado por su acción desensibilizante, ya que los pacientes con eyaculación precoz suelen tener

Los anestésicos locales administrados en forma tópica constituyen la terapia más antigua frente a la eyaculación precoz. Los más habituales son la lidocaína y la prilocaína que se comercializan en forma de cremas, geles o lociones

incrementada la sensibilidad peneana. Con este tratamiento se ha demostrado un aumento en el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal.

Aunque sus efectos secundarios sistémicos son mínimos, conviene prestar atención a los efectos adversos de carácter local: disfunción eréctil, excesiva hipostesia del pene, anestesia genital en la mujer (esta situación se resuelve con

el empleo de preservativo) y reacciones cutáneas.

También existe una presentación en crema que contiene diclonina (anestésico local usado en odontología) con alprostadilo (vasodilatador). De momento, esta preparación está en fase de desarrollo, siendo necesarios diferentes ensayos clínicos que confirmen o no su utilidad.

Antidepresivos tricíclicos: clomipramina

El fármaco más estudiado de este grupo es la clomipramina. El tratamiento puede ser diario o a demanda, aunque los mejores resultados se han conseguido tomando el medicamento de forma continuada.

La clomipramina es un antidepresivo tricíclico que inhibe la recaptación de noradrenalina y serotonina. Habitualmente se emplea en el tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos y diferentes estudios han demostrado sobradamente su eficacia en la eyaculación precoz, aunque su principal inconveniente radica en su marcado perfil de efectos secundarios: sequedad de boca, somnolencia, vértigo, fatiga, náuseas, etc.

Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: paroxetina, sertralina y fluoxetina

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina activan los receptores serotoninérgicos implicados en la eyaculación, concretamente los receptores 5-HT_{2C}, lo que se traduce en un retraso de la eyaculación.

El tratamiento diario con cualquiera de estos compuestos, ya sea paroxetina (20-40 mg), fluoxetina (20-40 mg) o sertralina (50-100 mg) produce un retraso en la eyaculación; este efecto comienza a ser perceptible a las pocas semanas de iniciar la terapia.

No obstante, estos fármacos se asocian a diferentes efectos secundarios —disfunción eréctil, disminución de

la libido, anorgasmia, fatiga, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, etc.— Aunque estos medicamentos son eficaces en el tratamiento de la eyaculación precoz, deben ser usados con precaución y advertir al paciente de sus riesgos.

• Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina de vida media corta: dapoxetina

La dapoxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, de acción muy rápida y corta, específicamente diseñado para el tratamiento a demanda en varones con una edad comprendida entre los 18 y los 64 años.

A diferencia de otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, que requieren de un período de impregnación, la dapoxetina es de acción corta, lo que la convierte en un fármaco muy adecuado para el tratamiento a demanda de la eyaculación precoz.

Tiene un mejor perfil de efectos adversos en comparación con otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ya que, al no requerir un tratamiento diario, la exposición al fármaco es más corta.

Agonistas opiáceos: tramadol

El tramadol es un analgésico opioide sintético, de acción central, que inicialmente ha mostrado unos prometedores resultados en el tratamiento de la eyaculación precoz.

Su utilidad en el abordaje terapéutico de esta patología va ligada a un uso a demanda, con efectos similares a los encontrados en los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, pero sin su perfil de efectos adversos. Sus principales efectos secundarios son náuseas, vómitos y diarreas.

Su mecanismo de acción en la eyaculación precoz no está totalmente dilucidado; actualmente se admite que guarda relación con los receptores μ (lo que se traduciría en una reducción en la sensibilidad del pene) y con la inhibición de la recaptación de serotonina, lo que finalmente produciría un retraso en la eyaculación.

Inhibidores de la fosfodiesterasa-5: sildenafil, tadalafilo y vardanafilo

Los estudios iniciales acerca de la utilidad de estos compuestos en el trata-

miento de la eyaculación precoz son favorables a su uso, aunque las evidencias que justificarían su empleo en esta alteración son bastante limitadas.

Su uso podría explicarse por el hecho de que muchos varones con eyaculación precoz, también sufren disfunción eréctil; esta situación sugiere que su empleo podría ser beneficioso en hombres con ambas disfunciones sexuales.

Algunos estudios en los que se ha utilizado paroxetina y sildenafil, han demostrado mejoras significativas en el tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal, comparados con el uso exclusivo de paroxetina.

Productos de parafarmacia y fármacos de indicación farmacéutica

En este apartado, los únicos productos disponibles en España son los preservativos de acción retardante, cuya utilidad para tratar la eyaculación precoz se debe a que presentan una lubricación interior a base de benzocaína, compuesto que actúa como anestésico local; la utilidad de los anestésicos locales para tratar esta disfunción sexual ya se ha mencionado en el epígrafe anterior.

La baja concentración de benzocaína presente en este tipo de preservativos garantiza su inocuidad para el organismo, a la vez que favorece la prolongación de la relación sexual y un mayor control sobre el reflejo eyaculatorio que se traduce en una menor ansiedad y una mayor confianza y autoestima para el afectado.

Dos casos de consulta frecuente en la farmacia

Caso 1

Varón de 44 años, que desde hace aproximadamente 6 meses padece problemas de eyaculación precoz en casi todos los coitos que ha mantenido desde esa fecha.

Esta situación le causa una intensa frustración, a la vez que incide en su vida sexual, pues la frecuencia de las relaciones sexuales tiende a ser cada vez menor. Su actual disfunción sexual genera una gran insatisfacción tanto en él, como en su pareja.

Tabla III. Cuestionario para valorar el alcance real del problema.

¿Está tomando algún medicamento?
¿Con qué frecuencia y cuánto tiempo lleva usted con este problema?
¿Existe alguna otra disfunción sexual más, ya sea en usted o en su pareja?
¿Cuáles son sus hábitos sexuales?
¿Qué impacto tiene esta disfunción en su calidad de vida?

Acude a la farmacia buscando algún fármaco que sea de utilidad en este trastorno, ya que él y su pareja —pero especialmente esta última—, se muestran muy reticentes a consultar el problema con su médico de cabecera.

Intervención

Inicialmente el farmacéutico intenta convencer al afectado de que su situación no es excepcional, ni tampoco constituye ningún tabú, por lo que la idea de acudir al médico no es, en absoluto, descabellada.

Seguidamente, el profesional de la salud pasa un cuestionario al afectado con objeto de intentar conocer el alcance real del problema. En dicho cuestionario (tabla III) se indaga sobre los siguientes temas: antecedentes médicos: frecuencia y duración de esta situación, presencia de alguna otra disfunción sexual en él o en su pareja, hábitos sexuales del afectado e impacto en la calidad de vida.

De los resultados del cuestionario se desprende que el afectado padece hipertensión arterial, diagnosticada por su médico hace aproximadamente un año y tratada con éxito con diuréticos, concretamente con torasemida (5 mg/24 h).

La eyaculación precoz apareció hace aproximadamente 6 meses, afectando a todas sus relaciones sexuales. La frecuencia de las mismas ha pasado de 2-3 veces por semana a una cada 10 días. Esta situación causa un intenso malestar que afecta a ambos miembros de la pareja.

Al analizar los resultados del cuestionario, el farmacéutico observa que el paciente está en tratamiento con un fármaco, la torasemida, entre cuyos efectos colaterales se incluye la eyaculación precoz. Dado que la disfunción sexual en cuestión aparece después de iniciar el tratamiento con el fármaco mencionado anteriormente, podría tratarse de

una eyaculación precoz secundaria a tratamiento farmacológico.

El farmacéutico explica la situación al afectado, recomendándole que acuda a su médico de cabecera y le explique su problema ya que quizá se podría resolver modificando la medicación antihipertensiva.

Caso 2

Varón de 30 años que acude a la farmacia y refiere problemas de eyaculación precoz ocasionales. No va al médico porque considera que es un problema sin importancia, aunque tampoco está totalmente tranquilo, pues piensa que su problema puede cronificarse o degenerar en una disfunción eréctil.

Intervención

Ante esta situación, el farmacéutico pasa el cuestionario correspondiente al afectado, con objeto de recabar más información e intentar determinar el alcance real del problema.

La información que se desprende del cuestionario es la siguiente:

No hay antecedentes médicos de interés, ni ningún tratamiento farmacológico que pueda afectarle.

El afectado señala que desde hace aproximadamente 2 meses, se encuentra bastante estresado debido a que ha puesto fin a una relación sentimental de 3 años y tiene problemas laborales.

La eyaculación precoz ha aparecido hace aproximadamente un mes, si bien ocurre de forma ocasional, y no en todos los contactos sexuales que ha tenido con distintas parejas.

No tiene problemas de disfunción eréctil, ni ninguna otra disfunción sexual.

El farmacéutico facilita la siguiente información al afectado:

Dado su nivel de estrés, es relativamente normal que, en ocasiones, tenga

problemas de eyaculación precoz; en la medida en que la tensión disminuya, esta alteración tenderá a desaparecer, por lo que no debe obsesionarse con ella.

Por otra parte, en principio disfunción eréctil y eyaculación precoz, son problemas diferentes, no siendo habitual que a partir de una eyaculación precoz ocasional, se genere una disfunción eréctil. Sin embargo, sí es cierto, que ambas alteraciones pueden coexistir en una misma persona.

Finalmente, el fármaco indica que si transcurridos varios meses, y especialmente, cuando ya se encuentre más relajado, el problema persiste, sí debe buscar ayuda médica para evitar la cronificación de esta alteración. □

Bibliografía referenciada

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition, Text Revision DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T; GSSAB Investigator's Group. Sexual problems among women and men aged 40 - 80 y: prevalence and correlates indentified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Import Res.* 2005; 17 (1): 39-57.
3. 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. Broderick GA. Premature ejaculation: on defining and quantifying a common male sexual dysfunction. *J. Sex. Med.* 2006; 3: 295.
5. Lue TF, Giuliano F, Montorsi F, Rosen RC, Andersson KE, Althof S, et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J Sex Med.* 2004; 1: 6.
6. ISSM. ISSM announces new definition of premature ejaculation. *Int Soc Sex Med Newsb.* 2007; 24: 6.

Bibliografía general

- Cardona W. Definición actual y tratamiento de la eyaculación precoz. *Arch Esp Urol.* 2010;63 (1): 53-5.
- Ferrán J, Puigvert A, Prieto R. Eyaculación prematura. Revisión. *Rev Int Androl.* 2010; 8 (1): 28-50.
- González R. Intervención del médico de familia en la salud sexual. En: *Salud sexual, Documentos clínicos Semergen.* Madrid: Ediciones Edicomplet; 2006. 37-56.
- Gutiérrez PR. ¿Redescubriendo la eyaculación precoz?. *Rev Int Androl.* 2010; 8 (1): 3 - 5.

Ficha de consejos prácticos

Ante un varón con problemas de eyaculación precoz, los principales consejos que puede ofrecerle el farmacéutico son los siguientes:

- Desmitificar los tiempos eyaculatorios. La mayor parte de los pacientes creen que lo normal es eyacular a los 15 minutos; sin embargo, casi el 80% de los varones no tienen un tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal mayor de 2 minutos.
- La relajación es básica de cara a evitar la cronificación del problema. La implicación de la pareja también es otro factor clave de cara a la resolución del problema.
- La masturbación conjunta con la pareja ayuda al varón a eyacular en una situación de mayor control.
- Las relaciones sexuales deben mantenerse entre 3 y 4 veces a la semana, siendo conveniente evitar aquellas posiciones coitales que tienden a acelerar el orgasmo, al menos hasta que el varón tenga un mayor control sobre la eyaculación.
- Se aconseja la penetración en cabalgada, pues en esta postura el control sobre la eyaculación es mayor. En dicha postura, la mujer debe moverse lo imprescindible para que se produzca una erección mínima y el varón vaya logrando tolerar situaciones placenteras sin eyacular.
- A medida que los resultados vayan siendo más satisfactorios, puede aumentarse la intensidad de los movimientos y la duración del coito, de forma que el varón eyacule bajo su control.

Estas recomendaciones forman parte de la terapia sexual, siendo las intervenciones más empleadas, las de tipo cognitivo-conductual, con técnicas de aplicación individual y otras de aplicación en pareja.

Jannini EA, Lombardo F, Lenzi A. Correlación entre la disfunción eyaculatoria y eréctil. *Int J Androl.* 2005; 28 Suppl 2: 40-5.

Lue TF. Disfunción sexual masculina. Disfunción sexual masculina que compromete la emisión, la eyaculación y el orgasmo. En: Tanagho EA, McAninch JW, editors. *Urología general de Smith.* México: El Manual Moderno; 2005. p. 577-95.

Llados J, Blasco FJ. La eyaculación masculina, sus trastornos y los fármacos que afectan a la fecundidad. *El Farmaceutico* 2008; 387: 28-50.

Madridejos R, Joven B. Fármacos para la disfunción sexual masculina. *FMC* 2010;17 (7): 490-9.

Martin A. Disfunción sexual masculina. *Medicine* 2007; 9 (83): 5357-64.

Martin-Aragón S. Eyaculación precoz. Novedades farmacológicas. *Offarm* 2011; 30 (2): 48 - 54.

Martínez-Salamanca JI. ¿Qué pasa con la eyaculación precoz en 2011?. *Rev Int Androl.* 2011; 9 (1):14-20.

Martínez-Salamanca JI, Martínez-Ballesteros C, Rodríguez G, Carballido J. Disfunción sexual masculina: clasificación, diagnóstico y manejo actual. *Medicine* 2011; 10 (83): 5619-27.

Murillo G. Eyaculación precoz. *Med Int Mex.* 2010; 26(3): 250-8.

Porth CM, Curtis RL. Trastornos de la función motora. Alteraciones en la respuesta sexual. En: Porth CM, editors. *Fisiopatología. Salud-Enfermedad: un enfoque conceptual.* Ma-

drid: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 1193-227.

San Martín C. Actualización en el abordaje de los trastornos de la eyaculación y el orgasmo desde la perspectiva integradora: ¿qué podemos hacer?. *Rev Int Androl.* 2007; 5 (1): 63-72.

Sánchez F. El médico ante el anuncio televisivo de la eyaculación precoz. *Rev. Int Androl.* 2010; 8 (1): 51-6.

Sánchez JC, González E. Eyaculación precoz, manejo del paciente en atención primaria. *JANO* 2011; 1768: 65-8.

Sotomayor M. La carga de la eyaculación precoz: la perspectiva del paciente. *J Sex Med.* 2005; 2: 110-4.

Torquero de la Torre F, Zarco J. Guía de Buenas Prácticas Clínicas en Disfunciones sexuales. Atención Primaria de Calidad. Organización Médica Colegial y Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Editorial International Marketing & Communications, S. A. (consultado el 2 de noviembre de 2012). Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sexo.pdf

Waldinger M. Eyaculación precoz: estado de la cuestión. *Urol Clin N Am.* 2007; 34: 591-9.

Wespes E, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou K, Montorsi F, Vardi Y. Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz. *European Association of Urology*, 2010.