

PREVALENCIA
20-30%
DE LOS HOMBRES
AFECTADOS

LA DISFUNCIÓN SEXUAL MASCULINA
MÁS COMÚN, MÁS QUE LA DISFUNCIÓN
ERÉCTIL (DE).

MITOS – NO ES:

-  No es egoísmo
-  No es debilidad psicológica
-  No es solo psicológico; tiene base neurobiológica

HECHOS – SÍ ES:

-  Una condición médica tratable
-  Puede ser de por vida (primaria) o adquirida (secundaria)
-  Definición ISSM: <1-2 minutos, falta de control y bienestar personal

Eyacuación Precoz: Tomando el Control del Tiempo

La eyacuación precoz (EP) es la disfunción sexual masculina más común, pero tiene solución. Información. Comprensión. Control. Esperanza.

El control del tiempo está en tus manos.

ESCALERA DE TRATAMIENTO

Enfoque escalonado y personalizado

EL CÍRCULO DE LA ANSIEDAD

El ciclo que perpetúa la EP

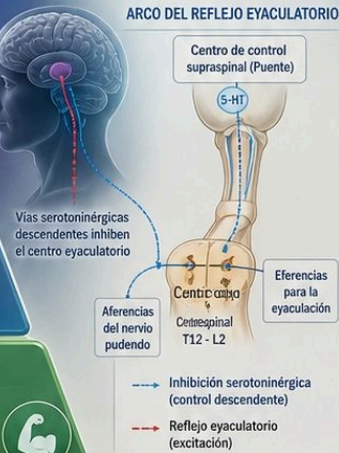


ROMPE EL CICLO

Con conocimiento, técnicas y tratamiento adecuado.



ARCO DEL REFLEJO EYACULATORIO



OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Desensibilización periférica (tópicos)
- Modulación serotoninérgica central (ISRS)

La base del éxito: práctica constante v naciencia

SEMANAS 1-4

MAESTRÍA CONDUCTUAL

- ✓ Aprender y practicar técnicas (stop-start, squeeze, Kegel)
- ✓ Construir confianza y control gradualmente.

SEMANAS 4-8

COMBINACIÓN TÓPICO + CONDUCTUAL

- ✓ Añadir tratamiento tóxico según necesidad
- ✓ Mejorar resultados y reducir la sensibilidad.

MESES 3+

FARMACOTERAPIA SI ES NECESARIO

- ✓ Considerar ISRS (dapoxetina a demanda o ISRS diarios)
- ✓ Optimización del tratamiento individualizado.

COMUNICA. CONECTA. CRECE JUNTOS.

Habla con tu pareja y tu médico. No estás solo. Hay solución.

BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO

- Mayor control eyaculatorio
- Menos ansiedad y estrés
- Mejores relaciones de pareja
- Mayor confianza y autoestima

Consulta con un profesional de la salud sexual. El tratamiento adecuado puede cambiar tu vida.

LA EP TIENE SOLUCIÓN. EL CONTROL ESTÁ EN TUS MANOS.

Tú puedes. Tú decides. Tú controlas.

Esta guía es educativa y no sustituye la consulta médica. Consulta siempre a un profesional de la salud.

Eyacuación Precoz

Folleto para Pacientes: Eyacuación Precoz (Página 1: Portada)

Tomando el Control del Tiempo: Guía para Entender y Manejar la Eyacuación Precoz

No estás solo. Es la disfunción sexual masculina más común y tiene solución.

(Imagen: Un reloj de arena, pero con una mano al lado que parece tener la capacidad de detener o ralentizar la caída de la arena. Simboliza el control sobre el tiempo).

(Página 2: ¿Qué es la Eyacuación Precoz (EP)?)

La Eyacuación Precoz (EP) no es simplemente "terminar rápido" de vez en cuando. Es una condición médica definida por tres características clave:

Tiempo Corto: La eyacuación ocurre siempre o casi siempre antes de 1-2 minutos después de la penetración. **Falta de Control:** La incapacidad para retrasar la eyacuación en todas o casi todas las penetraciones. **Consecuencias Negativas:** Causa angustia, frustración y/o la evitación de la intimidad sexual. ¡Es Extremadamente Común! Se estima que la EP afecta hasta al 20-30% de los hombres en algún momento de sus vidas, convirtiéndola en el problema sexual masculino más frecuente, mucho más que la disfunción eréctil.

Mito Importante: La EP no es un signo de egoísmo o de falta de consideración hacia la pareja. Es una condición con una base neurobiológica real.

(Página 3: Tipos de Eyacuación Precoz: ¿De Toda la Vida o Adquirida?)

Es útil saber si el problema siempre ha estado ahí o si es algo

nuevo.

1. EP Primaria (o de "Toda la Vida"):

Características: El problema ha estado presente desde las primeras experiencias sexuales. El tiempo hasta la eyaculación es consistentemente muy corto (a menudo menos de un minuto).

Causa Principal: Se cree que tiene una fuerte base neurobiológica y genética. Puede deberse a una mayor sensibilidad de ciertos receptores de serotonina en el cerebro, que regulan la eyaculación. Es como si el "termostato" del control eyaculatorio estuviera ajustado a un nivel muy bajo desde el principio.

2. EP Secundaria (o "Adquirida"):

Características: El hombre ha tenido experiencias sexuales previas con un control eyaculatorio normal, pero el problema ha aparecido más tarde en la vida.

Causas Posibles:

Médicas:

Disfunción Eréctil (DE): La ansiedad por perder la erección puede hacer que un hombre se apresure a eyacular. A menudo, tratar la DE resuelve la EP. Prostatitis: La inflamación de la próstata puede causar EP. Problemas de tiroides.

Psicológicas:

Ansiedad, estrés o depresión. Problemas en la relación de pareja. (Página 4: El Impacto Oculto: Ansiedad y Evitación)

La EP crea un círculo vicioso muy potente:

Tienes una experiencia de eyaculación rápida. La próxima vez que tienes relaciones, sientes ansiedad por el desempeño ("¿Me pasará otra vez?"). Esta ansiedad te pone en un estado de "alerta

máxima" en lugar de estar relajado y disfrutando. Este estado de ansiedad acelera aún más el reflejo eyaculatorio, haciendo que el problema se repita. Con el tiempo, esto puede llevar a la evitación de la intimidad por miedo al "fracaso", lo que puede causar tensiones importantes en la pareja. Romper este ciclo de ansiedad es una parte fundamental del tratamiento.

(Página 5: Estrategias Conductuales: Entrenando tu Cuerpo y tu Mente)

Estas técnicas son la primera línea de tratamiento y puedes practicarlas solo o con tu pareja. Requieren paciencia y práctica.

1. La Técnica de "Parada y Arranque" (Stop-Start):

Paso 1: Estimula el pene (solo o con tu pareja) hasta que sientas que estás a punto de eyacular. Paso 2: Detén la estimulación por completo durante unos 30 segundos, hasta que la sensación de urgencia desaparezca. Paso 3: Vuelve a empezar la estimulación. Objetivo: Repite este ciclo 3-4 veces antes de permitirte eyacular. Con el tiempo, aprenderás a reconocer mejor el "punto de no retorno" y a controlar la excitación.

2. La Técnica de Compresión (Squeeze):

Paso 1: Similar a la anterior, estimula el pene hasta que estés cerca de la eyaculación. Paso 2: En lugar de solo parar, tú o tu pareja debéis apretar firmemente la zona del pene donde la cabeza (glande) se une con el cuerpo, durante unos 20-30 segundos. Paso 3: La presión disminuirá la urgencia eyaculatoria y la erección. Espera un momento y vuelve a empezar. Objetivo: Ayuda a disminuir el reflejo eyaculatorio y a asociar un alto nivel de excitación con una sensación de control.

3. Ejercicios de Kegel (Músculos del Suelo Pélvico):

¿Qué son? El mismo grupo de músculos que usas para detener el flujo de orina a mitad de camino. Fortalecerlos puede mejorar el control eyaculatorio. Cómo hacerlos: Contrae esos músculos durante 3 segundos, luego relaja durante 3 segundos. Haz series de 10-15 repeticiones, varias veces al día. (Página 6: Tratamientos Tópicos: Reduciendo la Sensibilidad)

Estos productos se aplican directamente sobre el pene para disminuir ligeramente la sensibilidad sin eliminar la sensación por completo.

Cremas, geles o sprays anestésicos:

Componentes: Contienen agentes como la lidocaína o la prilocaína. Cómo se usan: Se aplican en el glande (la cabeza del pene) unos 10-15 minutos antes de la relación sexual.

¡Importante! Se debe lavar el pene o usar un condón antes de la penetración para evitar transferir el anestésico a la pareja y causarle adormecimiento.

Condomes "retardantes":

Estos condones ya vienen con una pequeña cantidad de lubricante anestésico en su interior. Son una opción fácil y discreta. (Página 7: Tratamientos Médicos (Pastillas))

Actualmente, no hay ningún medicamento aprobado específicamente para la EP en muchos países, pero los médicos utilizan de forma "off-label" (fuera de su indicación original) un tipo de antidepressivos que han demostrado ser muy eficaces.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS):

Nombres: Dapoxetina (aprobado en algunos países), Sertralina, Paroxetina, Fluoxetina. ¿Cómo funcionan? Aumentan los niveles de serotonina en el cerebro. La serotonina es un neurotransmisor clave en el control del reflejo eyaculatorio. Un efecto secundario

conocido de estos fármacos es el retraso del orgasmo, y aquí se aprovecha ese efecto.

Modalidades de uso:

A demanda: La Dapoxetina se toma 1-3 horas antes de la actividad sexual. Diaria: Otros ISRS (Sertralina, Paroxetina) se toman en dosis bajas todos los días para un efecto constante.

Eficacia: Pueden multiplicar el tiempo de eyaculación por 3 o más. Son el tratamiento médico más efectivo. Importante: Deben ser recetados y supervisados por un médico, quien decidirá cuál es el más adecuado y cómo tomarlo.

Otro medicamento:

Tramadol: Un analgésico que también ha demostrado retrasar la eyaculación, pero su uso es menos común debido a su potencial de adicción. (Página 8: Conclusión: Un Enfoque Combinado es la Clave)

La Eyaculación Precoz es una condición médica real y tratable, no un defecto de carácter. Hablarlo con tu pareja y con un médico es el paso más importante para romper el ciclo de ansiedad. Las terapias conductuales ("Stop-Start", compresión) son la base del tratamiento y ayudan a recuperar la sensación de control. Los anestésicos tópicos son una opción segura y eficaz para muchos hombres. Los medicamentos orales (ISRS), prescritos por un médico, son muy efectivos para aumentar el tiempo de control eyaculatorio. A menudo, la mejor estrategia es una combinación: por ejemplo, tomar un medicamento para tener un "colchón" de tiempo, lo que reduce la ansiedad y permite practicar las técnicas conductuales de forma más relajada y efectiva. No tienes por qué vivir con la angustia de la EP. Existen soluciones eficaces que pueden restaurar tu confianza y el disfrute de tu vida sexual.

FIN DEL FOLLETO PARA PACIENTES

 * ### Folleto 2 de 2: Para Médicos y Profesionales de la Salud * Guía Clínica Rápida: Manejo de la Eyaculación Precoz (EP) (Página 1: Portada, Definición y Clasificación)

Eyaculación Precoz: Un Enfoque Diagnóstico y Terapéutico Basado en la Evidencia

Una guía para el manejo clínico de la disfunción sexual masculina más prevalente.

(Imagen: Un diagrama simplificado del reflejo eyaculatorio, mostrando las vías aferentes (nervio pudendo), el centro espinal y los centros supraespinales (núcleo paragigantocelular, corteza cerebral) influenciados por la serotonina).

Definición (ISSM - Sociedad Internacional de Medicina Sexual): La EP es una disfunción sexual masculina caracterizada por:

Eyaculación que siempre o casi siempre ocurre antes de o dentro de aproximadamente un minuto de la penetración vaginal (para la EP Primaria). La incapacidad de retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales. Consecuencias personales negativas, como angustia, frustración y/o la evitación de la intimidad sexual.

Clasificación Clínica:

EP Primaria (Lifelong):

Presente desde las primeras experiencias sexuales. IELT (Tiempo de Latencia Eyaculatoria Intravaginal) consistentemente <1 minuto. Fisiopatología primariamente neurobiológica: se postula hipersensibilidad de receptores serotoninérgicos (5-HT_{2C}) o hiposensibilidad de receptores (5-HT_{1A}). Base genética.

EP Secundaria (Acquired):

Inicio en un varón con experiencias eyaculatorias previas normales. El IELT se reduce significativamente respecto a la

experiencia previa.

A menudo asociada a una causa subyacente:

Urológica: Disfunción eréctil (la más común), prostatitis crónica.
Endocrina: Hipertiroidismo. Psicológica: Ansiedad de rendimiento, estrés, trastorno de pánico, problemas de pareja. (Página 2: Evaluación Diagnóstica)

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en una historia sexual detallada.

Anamnesis Dirigida:

Caracterización del Problema: Usar las tres dimensiones de la definición de la ISSM (tiempo, control, angustia). IELT Estimado: Preguntar al paciente por su tiempo estimado. Aunque subjetivo, es clínicamente útil. Clasificación: ¿Primaria o secundaria? Determinar el momento de inicio. Contexto: ¿Ocurre con todas las parejas? ¿En todas las situaciones (coito vs. masturbación)? Disfunción Eréctil Concomitante: Preguntar activamente. ¿La eyaculación rápida ocurre por miedo a perder la erección? Impacto Psicosocial: Evaluar el grado de angustia, el efecto en la relación y la presencia de evitación. Historia Médica: Descartar causas secundarias (síntomas de prostatitis, hipertiroidismo).

Exploración Física:

Generalmente normal en la EP primaria.

Debe ser dirigida a buscar signos de las causas secundarias:

Examen abdominal y genitourinario. Tacto rectal si hay síntomas prostáticos. Evaluación de los reflejos si se sospecha causa neurológica.

Laboratorio y Pruebas Adicionales:

No se requieren de rutina para el diagnóstico de EP primaria.

Solicitar según la sospecha clínica de causa secundaria:

Hormonas tiroideas (TSH) si hay síntomas de hipertiroidismo.
Testosterona si coexisten DE y baja libido. Urocultivo / Cultivo de semen si hay sospecha de prostatitis. (Página 3: Fisiopatología Serotoninérgica y Dianas Terapéuticas)

El reflejo eyaculatorio es un arco reflejo espinal modulado por centros supraespinales.

Centro Espinal: Localizado en T12-L2, integra las señales aferentes del nervio pudendo. Centros Supraespinales: El núcleo paragigantocelular (NPG) en el tronco encefálico ejerce un control inhibitorio tónico sobre el centro espinal. Rol de la Serotonina (5-HT): La serotonina es el neurotransmisor inhibitorio clave. La estimulación de las vías serotoninérgicas descendentes desde el NPG aumenta el control eyaculatorio. Hipótesis de la EP Primaria: Se postula una disfunción en el sistema serotoninérgico central (polimorfismos en el transportador de 5-HT, hipo/hipersensibilidad de receptores 5-HT_{1A/2C}) que resulta en un menor tono inhibitorio sobre el reflejo eyaculatorio.

Dianas Terapéuticas:

Aumentar el tono serotoninérgico central: Base de la farmacoterapia con ISRS. Reducir la sensibilidad peneana periférica: Base de los anestésicos tópicos. Aumentar el umbral de excitación y el control voluntario: Base de las terapias conductuales. (Página 4: Manejo Escalonado: Terapias de Primera Línea)

1. Terapias Conductuales:

Indicación: Primera línea para todos los tipos de EP, especialmente si el componente de ansiedad es alto. Pueden

usarse solas o en combinación con farmacoterapia.

Técnicas:

Stop-Start (Semans): Entrena al paciente para reconocer los niveles pre-orgásmicos y mantener la excitación por debajo del punto de no retorno. Squeeze (Masters & Johnson): Añade un componente de biofeedback aversivo para disminuir el reflejo eyaculatorio. Limitaciones: Requieren alta motivación del paciente y la pareja, y tienen una tasa de abandono considerable. La eficacia disminuye a largo plazo si se usan como monoterapia.

2. Anestésicos Tópicos:

Indicación: EP primaria o secundaria. Buena opción para pacientes que desean evitar la medicación sistémica.

Agentes:

Mezcla eutéctica de lidocaína/prilocaína (EMLA 5% crema): Muy eficaz, pero requiere aplicación 20 min antes y debe ser retirada antes del coito. Sprays dosificadores (ej. Promescent®, Fortacin®): Sprays de lidocaína (a veces con prilocaína) que se absorben rápidamente, requieren menor tiempo de espera (5-10 min) y tienen menor riesgo de transferencia a la pareja. Eficacia: Pueden aumentar el IELT de 2 a 6 veces. (Página 5: Farmacoterapia Sistémica (Uso Off-Label))

Son las intervenciones más eficaces para aumentar el IELT.

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS):

Mecanismo: Aumentan la señalización de 5-HT en la sinapsis, potenciando el control inhibitorio central sobre la eyaculación.

Dapoxetina:

Un ISRS de acción corta y eliminación rápida, diseñado

específicamente para la EP. Aprobado en muchos países (no en EE.UU.). Dosificación: 30-60 mg, 1-3 horas antes del coito ("a demanda"). Ventajas: Menos efectos secundarios crónicos que los ISRS diarios.

ISRS de Uso Diario (Off-Label):

Paroxetina: El más potente para el retraso eyaculatorio (aumento del IELT 8-10 veces). Dosis: 10-40 mg/día. Sertralina: Moderadamente potente (aumento del IELT 4-6 veces). Dosis: 25-100 mg/día. Fluoxetina: Menos potente. Dosis: 10-40 mg/día. Consideraciones: El efecto tarda 1-2 semanas en aparecer. Posibles efectos secundarios (náuseas, fatiga, anorgasmia, disminución de la libido). Riesgo de síndrome de discontinuación si se retiran bruscamente. Estrategia "A Demanda" con ISRS diarios (Off-label): Algunos estudios sugieren el uso de Paroxetina o Sertralina 3-5 horas antes del coito, aunque con menor eficacia que el uso diario. (Página 6: Otras Opciones Farmacológicas y Manejo de la EP Secundaria)

1. Antidepresivos Tricíclicos:

Clomipramina: Un ATC con potente inhibición de la recaptación de 5-HT. Muy eficaz para retrasar la eyaculación. Dosis: 12.5-50 mg (diaria o a demanda). Uso limitado por su perfil de efectos secundarios (anticolinérgicos).

2. Tramadol:

Mecanismo: Analgésico opioide atípico que también inhibe la recaptación de 5-HT y norepinefrina. Eficacia: Demostrada en ECA para el tratamiento a demanda de la EP. Precaución: Potencial de adicción y abuso. Debe ser considerado con extrema cautela y solo en pacientes seleccionados, tras el fracaso de otras terapias.

3. Inhibidores de la PDE5 (IPDE5):

Rol en Monoterapia para EP: Controvertido y no recomendado. Los IPDE5 no retrasan directamente el reflejo eyaculatorio. Pueden mejorar la EP percibida al dar confianza en la erección y permitir una segunda erección más rápida. Rol en EP Secundaria a DE: Tratamiento de elección. Al corregir la disfunción eréctil, la ansiedad de rendimiento disminuye y el control eyaculatorio a menudo se normaliza.

Manejo de la EP Secundaria:

La clave es tratar la causa subyacente:

DE: Iniciar tratamiento con IPDE5. Prostatitis: Tratar la inflamación/infección prostática. Hipertiroidismo: Derivar al endocrinólogo para normalizar la función tiroidea. Causas Psicológicas: Derivar a psicoterapia o terapia sexual. (Página 7: Algoritmo de Tratamiento Combinado)

La terapia combinada suele ser la estrategia más exitosa.

(Diagrama de Flujo)

Diagnóstico y Clasificación (Primaria vs. Secundaria). Si es EP Secundaria: Tratar la causa raíz (DE, prostatitis, etc.).

Si es EP Primaria (o Secundaria sin causa corregible):

Paso 1: Terapia Conductual + Anestésicos Tópicos. Instruir en técnicas de Stop-Start/Squeeze. Recomendar condones retardantes o sprays/geles de lidocaína. Paso 2 (si el Paso 1 es insuficiente o no deseado): Farmacoterapia Sistémica. Iniciar ISRS. Dapoxetina 30mg a demanda es una buena opción inicial si está disponible. Alternativamente, Paroxetina 10-20mg o Sertralina 50mg diarios. Titular dosis según eficacia y tolerabilidad. Paso 3 (Estrategia Óptima): Terapia Combinada. ISRS diario/a demanda + Terapia Conductual. El fármaco proporciona el "colchón" de tiempo fisiológico, lo que reduce la

ansiedad y permite al paciente practicar y aprender las técnicas conductuales de manera más efectiva. ISRS + Anestésico Tópico: Para un efecto sinérgico. ISRS + IPDE5: Si coexiste un componente de DE o ansiedad por la calidad de la erección. (Página 8: Conclusiones para el Clínico)

La EP es la disfunción sexual masculina más común. Su diagnóstico es clínico. Diferenciar entre EP Primaria y Secundaria es crucial, ya que guía el tratamiento. Siempre descartar una disfunción eréctil comórbida. El Manejo es Escalonado: Comenzar con terapias conductuales y/o tópicas, que son seguras y empoderan al paciente. Los ISRS (Off-Label) son la Terapia Farmacológica más Eficaz. La elección entre el uso diario (Paroxetina/Sertralina) y a demanda (Dapoxetina) depende del perfil del paciente y la disponibilidad. La Terapia Combinada es a menudo la más exitosa, abordando tanto la neurobiología (fármacos) como la psicología (terapia conductual). Manejar las Expectativas: El objetivo no es lograr una duración "infinita", sino alcanzar un control eyaculatorio que sea satisfactorio para el paciente y su pareja, reduciendo la angustia asociada.

FIN DEL FOLLETO PARA MÉDICOS

Aviso: documento de divulgación médica del Dr. Alexander Figueredo. No sustituye la consulta ni el criterio de tu médico tratante. Ante cualquier síntoma, acude a un profesional licenciado.