

Revista Internacional de
Andrología

www.elsevier.es/andrologia



REVISIÓN

¿Qué pasa con la eyaculación precoz en 2011?

Juan Ignacio Martínez-Salamanca

Servicio de Urología. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Área de Medicina Sexual. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Aceptado para su publicación el 3 de enero de 2011.

PALABRAS CLAVE

Eyaculación precoz.
Diagnóstico.
Tratamiento.
Dapoxetine

Resumen

Son muchos los trabajos actuales que repasan la situación de la eyaculación precoz y su tratamiento. En este trabajo, a modo de puesta al día, hemos querido repasar 3 aspectos concretos acerca del manejo diario de este trastorno. En primer lugar, revisar los datos más recientes comunicados y publicados sobre nuevos tratamientos tópicos que, aunque aún no están aprobados en España, conviene conocer sus datos de eficacia y seguridad en ensayos clínicos disponibles. En segundo lugar, dar una visión personal del autor, de los hechos y reflexiones más relevantes que ha supuesto el uso de dapoxetina desde su lanzamiento hace más de 18 meses; asimismo, remarcar el actual flujo de pacientes desde su diagnóstico hasta buscar y encontrar tratamiento a su problema. Por último repasar algunos aspectos de la comunicación médico-paciente en medicina sexual, barreras y nuevas estrategias para mejorarla.

© 2011 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Premature ejaculation.
Diagnosis.
Treatment.
Dapoxetine.

What about premature ejaculation in 2011?

Abstract

Currently, there are many studies that review the status of premature ejaculation and its treatment. In this study, we wanted to review, as an update, three specific aspects of daily basis management of this disorder. Firstly, review the latest data collected and published on new topical treatments, because even if there are not yet approved in Spain, it is convenient to learn about its efficacy and safety data provided from available clinical trials. Secondly, give a personal point of view of the author, about the most

relevant facts and considerations that have led to the use of Dapoxetine since its launch more than 18 months ago; also highlight the current flow of patients from diagnosis to treatment to seek and find their problem. ago. Finally to review some aspects of physician-patient communication in Sexual Medicine.

© 2011 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El presente trabajo de revisión fue ponencia en el Simposio ASES (Asociación Española de Andrología Medicina Sexual y Reproductiva)/SPA (Sociedade Portuguesa de Andrologia); 13th Congress of European Society for Sexual Medicine, Málaga (España), 2010. Dicha ponencia se estructuró en 3 partes, con idea de dar al oyente una actualización de la situación en el tratamiento de la eyaculación precoz (EP) en nuestro medio, 18 meses después de tener disponible el primer fármaco (dapoxetina) específico y con aprobación concreta en el tratamiento de la EP.

Nuevo tratamiento para la eyaculación precoz (PSD 502)

Se trata de un nuevo tratamiento tópico, a demanda, “en spray”, que se aplica sobre el glande. Su composición es lidocaína y prilocaína. Se han realizado y publicado 2 ensayos clínicos, aleatorizados y controlados con placebo. Han participado un total de 70 centros de Estados Unidos, Canadá y Europa incluyendo un total de 539 (216) pacientes. El criterio de inclusión para definir EP fue un TLEI (tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal) < 1 min. Los resultados han sido publicados recientemente en *Journal of Sexual Medicine*¹.

Se registraron más de 23.000 aplicaciones. La media de TLEI basal fue de 0,6 min. Se demostró un incremento de 5,5 veces en el grupo de tratamiento frente a 1,6 en el grupo placebo. Asimismo se constató una mejoría significativa en cuanto al control y la satisfacción por parte de los pacientes. Los efectos secundarios más importantes comunicados fueron la pérdida de erección y la hipostesia en el glande, que ocurrieron en el 5,9% de los pacientes, pero que no obligaron al abandono del tratamiento.

Este tratamiento, que aún no está disponible en nuestro país, parece una opción prometedora pero que sin duda necesita experiencia clínica para poder ser correctamente evaluada.

18 meses desde el lanzamiento de dapoxetina ¿qué ha pasado?

En primer lugar, me gustaría compartir algunas reflexiones personales tras varios meses realizando prescripciones y viendo pacientes con EP tratados con dapoxetina.

Se trata de un tratamiento efectivo, de primera línea y no *off-label*, pero:

- ¿Trastorno tan prevalente como pensábamos?
- Barreras para consultar: médicos-paciente.
- Accesibilidad: de la receta a tomárselo.
- Se prescriben nuevos tratamiento pero... ¿y las revisiones?
- ¿Efectos adversos importantes?
- Tiempos de “crisis”, ¿precio?

Como respuesta a la primera reflexión, en estos datos recientes publicados del Spanish Sexual Health Report realizado en mayo de 2010 en un total de 3.000 paciente (fig. 1), la EP es el cuarto problema sexual de los españoles, por detrás claramente de la disfunción eréctil (DE), la falta de deseo sexual o la apatía/rutina². Por tanto, quizás las aproximaciones iniciales sobre el número de pacientes fueran sobrestimadas, una cosa son los pacientes que “epidemiológicamente” cumplen la definición de padecer el trastorno y otra los que finalmente se consideran enfermos.

Asimismo, los datos de la Encuesta Nacional de Salud (INE 2006)³ arrojan claramente que los varones, cualquiera que sea el problema o la enfermedad, tienen menos tendencia a ir al médico y/o consultar (fig. 2).

Con respecto a la eficacia en comparación con otros tratamientos (*off-label*) disponibles ésta es buena en opinión de los propios profesionales⁴. En la figura 3 podemos observar, en una encuesta de opinión realizada entre urólogos, como la valoración global (85%) así como eficacia, tolerabilidad y satisfacción del paciente fueron claramente superiores a otras opciones de tratamiento.

En cuanto a la dosis más comúnmente prescrita, en la figura 4 se puede observar que claramente fue de 30 mg en lugar de 60 mg.

La mayoría de los pacientes reconoce que la mejor manera de solucionar el problema, cuando se tiene conciencia de padecerlo y se quiere buscar ayuda es ir al médico. Según los datos del estudio DEEP⁵ (Estudio Demográfico Español sobre Eyaculación Precoz) el 78% de las mujeres y el 57% de los hombres cuando eran preguntados sobre las medidas que pueden adoptar para solucionar la EP contestaban “ir al médico”. Por lo tanto, parece que la idea se tiene, pero en muchas ocasiones no se lleva a cabo. Giuliano et al publicaron, hace algunos años, que el 70% de los pacientes quiere que sea el médico quien aborde primero un potencial problema de salud sexual⁶.

La realidad es que tanto en la EP como en la DE, el hecho de existir una población sumergida de pacientes que no consultan es un hecho. Para analizar este hecho, ¿se podría establecer un paralelismo entre DE y EP?

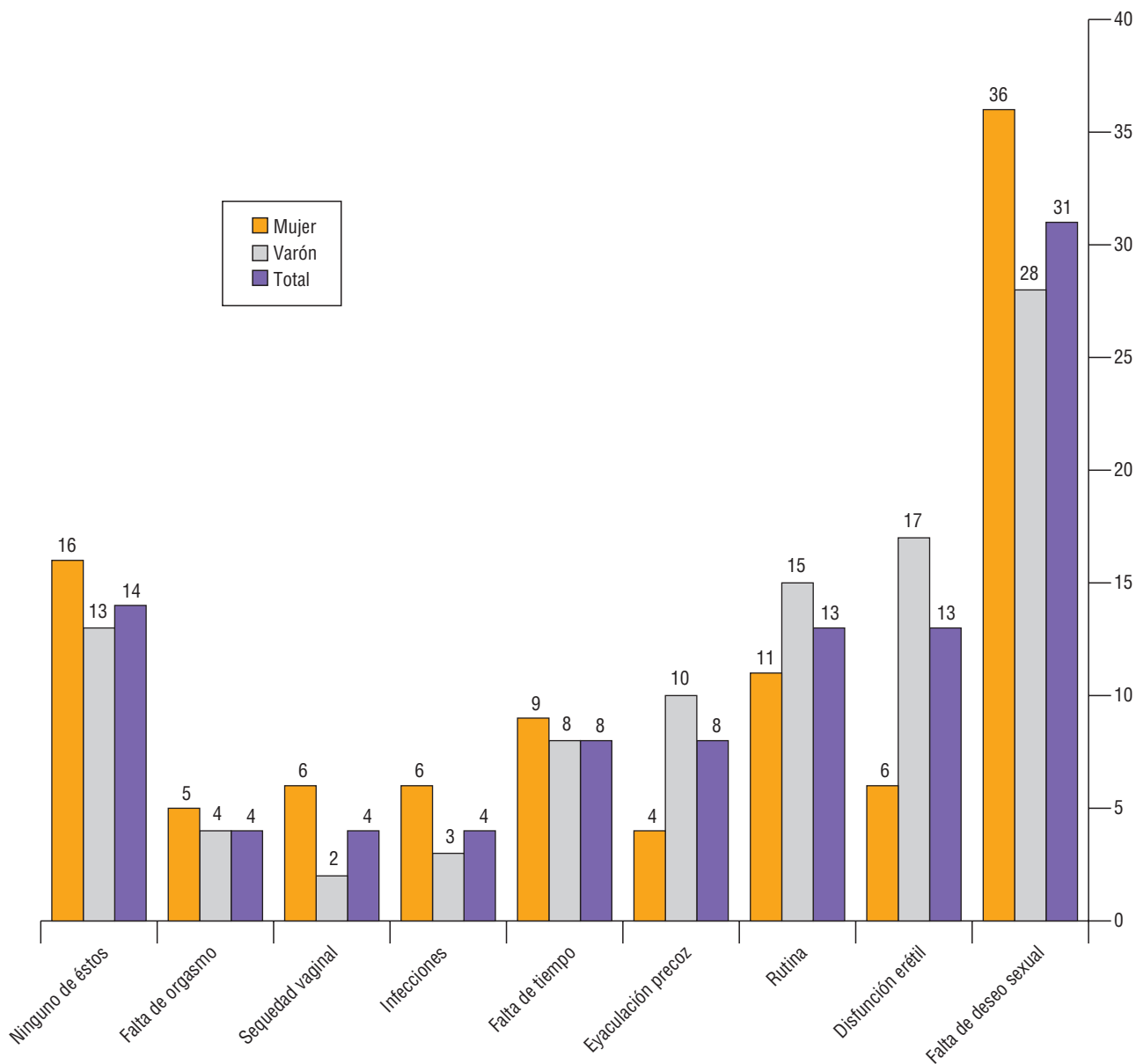


Figura 1 Spanish Sexual Health Report, mayo 2010. 3.000 personas entre 25 y 70 años.

- DE: el hombre con DE no ha tenido problemas de DE durante la mayor parte de su vida..., pero un día no puede tener más relaciones sexuales y tarda más de 1 año en ir a su médico...
- EP: la pareja sobrelleva la situación desde que se conocen y tienen relaciones sexuales... más o menos satisfactorias, pero... pueden tener relaciones sexuales; tienen mucho tiempo para buscar justificaciones y autoexplicaciones. Tardan en consultar una mediana de 3 años⁷ (fig. 5).

Como señalábamos anteriormente, hay una gran diferencia entre las cifras esperadas de incidencia de este trastorno y el número final de pacientes que siguen tratamiento activo. En la figura 6 hemos tratado de realizar una extrapolación poblacional de este hecho. Como se puede obser-

var, las diferencias entre la incidencia y número final de consumidores son un abismo, en cada una de la fases de pierde un número muy importante de pacientes.

Muchos pacientes que no son capaces de exponer el problema a su médico recurren a internet para obtener información o incluso para adquirir medicamentos falsificados y de dudosa procedencia. Otro punto a tener en cuenta, y que vemos repetidamente en nuestras consultas, es el problema con el embalaje del producto. Una vez que el paciente abre el estuche que contiene los comprimidos, puede leer con claridad una serie de advertencias en tono muy alarmante que, en muchas ocasiones, disuaden al paciente de tomar el fármaco. Solamente una correcta explicación de este hecho por parte del médico antes de prescribirlo puede reducir el número de pacientes que, por miedo o temor, no prueban el tratamiento.

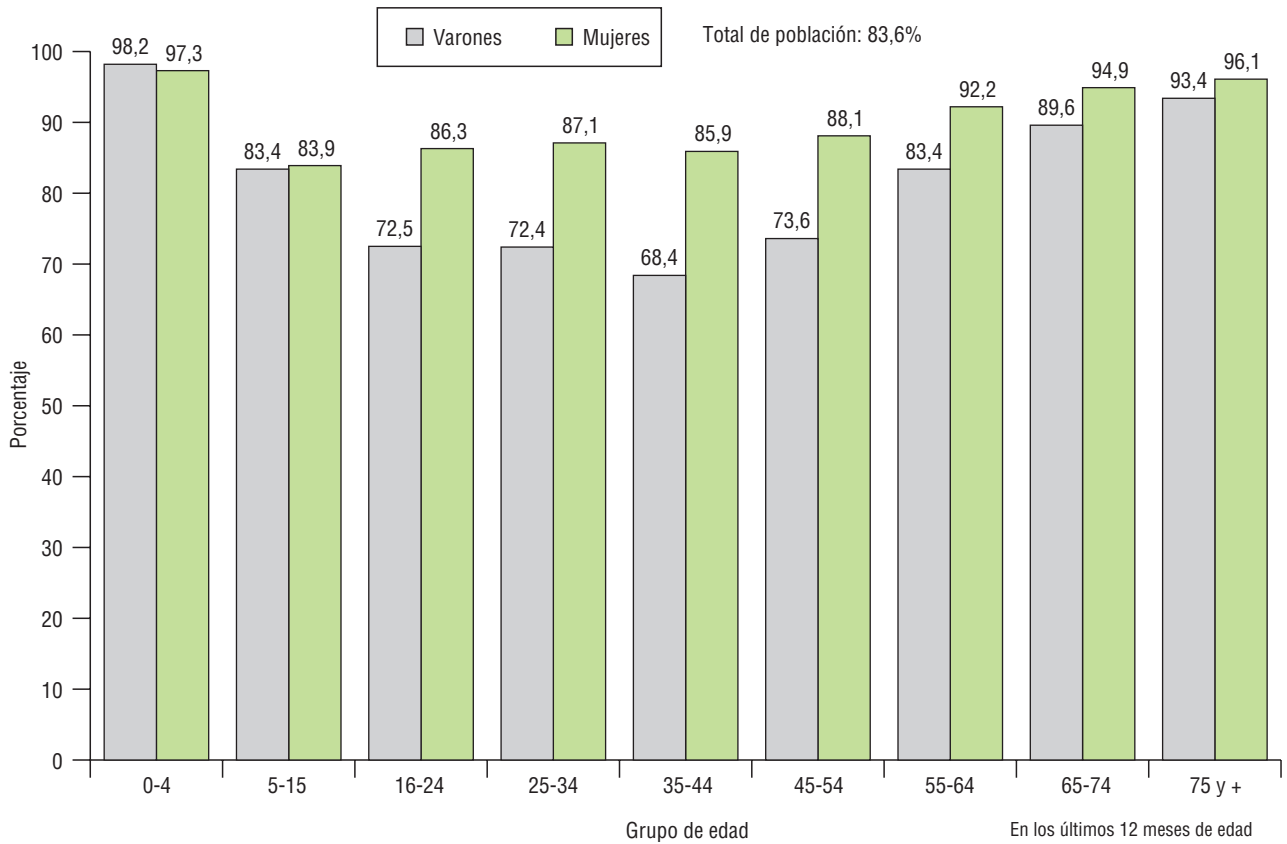


Figura 2 Datos de la Encuesta Nacional de Salud de España (INE 2006) sobre la consulta médica según edad y sexo.

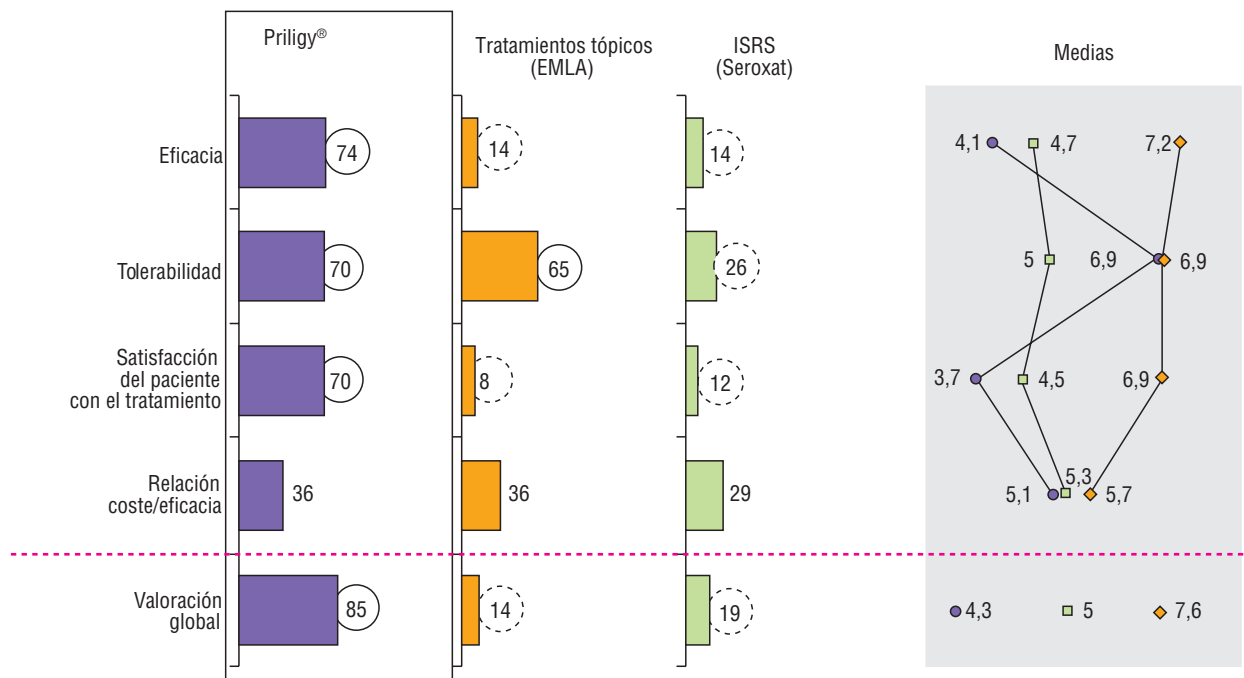


Figura 3 Datos de una encuesta realizada a 100 urólogos sobre sus opiniones acerca de los diferentes tratamientos para la eyaculación precoz (EP).

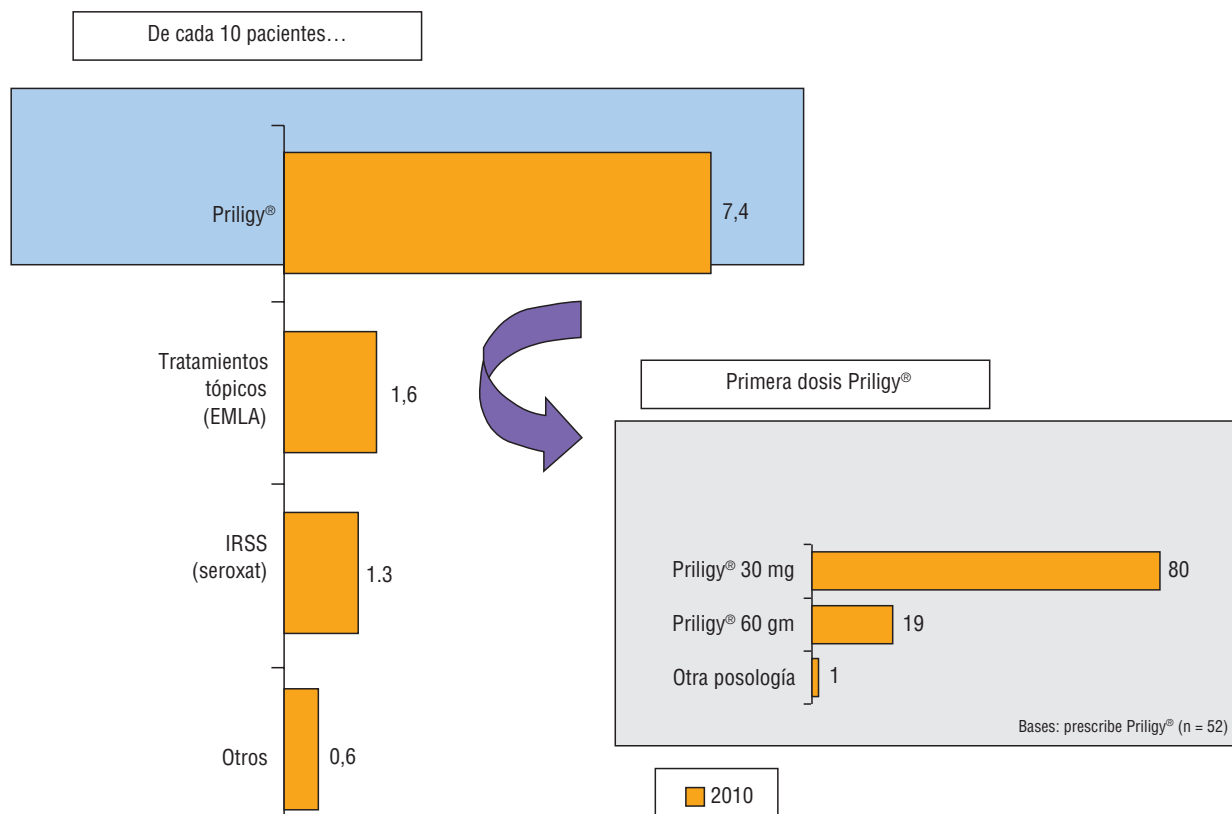


Figura 4 Datos de una encuesta realizada a 100 urólogos sobre sus opiniones acerca de la dosis utilizada cuando se prescribe dapoxetina.

¿Cuánto tiempo pasó desde que notó sus primeros síntomas de EP hasta que consultó?

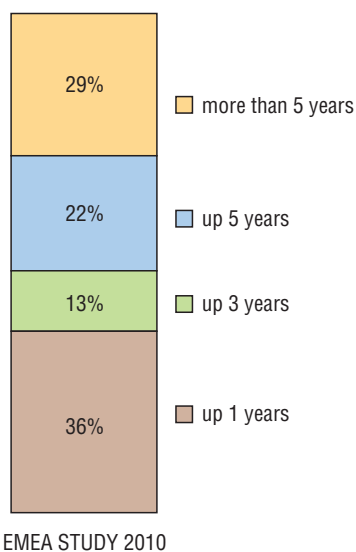


Figura 5 Estudio EMEA 2010. Tiempo desde el diagnóstico de eyaculación precoz (EP) hasta que consulta con su médico.

Barreras en la comunicación médico-paciente en medicina sexual

Los datos que hemos comentado anteriormente reflejan como aún sigue existiendo una gran barrera entre médico y paciente que dificulta la comunicación. Este hecho va cambiando a medida que cambia la figura del médico y aumenta el nivel sociocultural de la población. El médico es el referente primordial para el paciente, debe dar la confianza básica al paciente ante el problema/enfermedad.

Los rasgos positivos que debe tener un medico incluyen:

- Consideración.
- Paciencia.
- Empatía.
- Sentido del humor.
- Interés por su problema.
- Flexibilidad.
- Eficiencia.
- Profesionalidad.

Las claves de la comunicación general y médica en particular deben incluir:

- Desarrollar la creatividad.
- Comunicar desde una actitud positiva.



Figura 6 Simulación y extrapolación entre la prevalencia de eyaculación precoz (EP) en España y número final de consumidores de dapoxetina.

- Ser coherente y equilibrado.
- Atender y saber escuchar.
- Empatía y asertividad.
- Mejorar la comunicación no verbal.

Ofrecer *feedback* al paciente es un hecho que siempre nos tiene que preocupar en nuestra consulta y, especialmente, cuando los temas a tratar son de índole sexual. Estos consejos pueden ayudar a ofrecer este *feedback* a nuestros pacientes:

- Iniciar siempre la conversación por los aspectos positivos.
- Lenguaje claro referido a acciones concretas.
- Contestar a todas las preguntas del paciente.
- Poner énfasis en lo que ayuda a mejorar.
- No ofrecer demasiada información ni utilizar rodeos.
- Evitar el exceso de información, adaptarlo a cada paciente.
- Asegurarnos que se va tranquilo y satisfecho.

Cada vez más, la clave del éxito de la relación médico-paciente radica en el buen equilibrio entre la realidad que ocurre o va a ocurrir (realidad presente o futura) y las expectativas del paciente. Cuantos más paralelismo seamos capaces de desarrollar entre ambas situaciones, mejor será

nuestra relación con el paciente. Es importante hacer y contestar algunas de las siguientes preguntas:

- ¿Cómo me gustaría que fueran mis relaciones sexuales?
- ¿Cuántas veces?
- ¿Qué tipo?
- ¿Cuál creo que es el tiempo “normal” para eyacular?
- ¿Cómo creo que le gustaría a mi pareja?

Conclusiones

La relación médico-paciente es clave para la confianza mutua y el éxito de cualquier tratamiento, y más específicamente en la EP. Por otro lado, y en coherencia con lo anterior, alcanzaríamos el resultado óptimo contra la EP con la terapia combinada, mediante el uso de fármacos y la psicoterapia cognitivo conductual, en cuyo procedimiento es básico la información y la empatía con el paciente y su padecer.

Bibliografía

1. Carson C, Wyllie M. Improved ejaculatory latency, control and sexual satisfaction when PSD502 is applied topically in men with

- premature ejaculation: results of a phase III, double-blind, placebo-controlled study. *J Sex Med.* 2010;7:3179-89.
2. Spanish Sexual Health Report, realizado en mayo de 2010. Comunicación personal y pendiente de publicación.
 3. Encuesta Nacional de Salud (INE 2006). Disponible en: <http://www.ine.es>
 4. Encuesta realizada a 100 urólogos sobre sus opiniones acerca de los diferentes tratamientos para la EP. Comunicación personal y pendiente de publicación.
 5. DEEP (Estudio Demográfico Español sobre Eyaculación Precoz). Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA) auspiciado por Janssen-Cilag. 2010.
 6. Giuliano FA, Leriche A, Jaudinot EO, De Gendre AS. Prevalence of erectile dysfunction among 7689 patients with diabetes or hypertension, or both. *Urology.* 2004;64:1196-201.
 7. Estudio European Medicines Agency (EMA). Tiempo desde el diagnóstico de EP hasta que consulta con su médico. 2010. Disponible en: <http://www.ema.europa.eu>