

Eyacuación precoz

Fecha de la última revisión: **28/09/2011**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo podemos detectarla?](#)
3. [¿Cuáles son sus causas?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

De la disfunción sexual más frecuente en varones menores de 40 años.

No existe una definición consensuada internacionalmente. La más aceptada es: "dificultad para ejercer un adecuado control sobre el reflejo de la eyacuación" (Kaplan HS, 2004; Carrobbles JA, 1991).

El DSM-IV-TR (APA, 2004) la define como "eyacuación que ocurre con mínima estimulación sexual, antes, durante o poco después de la penetración, y antes del deseo del paciente".

La segunda consulta sobre salud sexual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la eyacuación precoz como la eyacuación que ocurre con mínimo estímulo, antes, durante o poco después de la penetración, y antes de que la persona lo desee, teniendo poco o ningún control voluntario, y es causa de malestar o angustia en el paciente y/o su pareja (Laumann EO, 2005).

En 1994 Waldinger et al (Lue TF, 2004) introducen el concepto de "*tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal*" (*IELT*), definido como el tiempo entre la penetración y la eyacuación. La mayoría de expertos, se inclina por un IELT de 1,5 min (Waldinger MD, 2005), por debajo de ese tiempo la probabilidad de tener eyacuación precoz, es muy grande.

La EP puede ser: (Cooper AJ, 1993)

- **Primaria:** si el varón ha tenido esa condición desde que comenzó a tener relaciones sexuales.
- **Secundaria:** si el individuo experimentó un aceptable control eyaculatorio, y lo pierde por razones desconocidas.

La prevalencia de EP varía ampliamente según los estudios y se sitúa entre el 14 y el 30% de varones adultos (Lindau ST, 2007; Laumann EO, 2005; Nicolosi A, 2004). Una de las investigaciones más amplias, el Estudio Global de Actitudes y Conductas Sexuales (GSSAB), sugiere que la prevalencia global de EP es aproximadamente del 30% (Laumann EO, 2005). Como vemos en la tabla 1, la disfunción eréctil aumenta su prevalencia con la edad, coexistiendo en ocasiones ambos trastornos, siendo la prevalencia de la eyacuación precoz alrededor del 30% en todas las edades.

Tabla 1. Prevalencia de EP y disfunción eréctil (DE) por edades		
Edad	EP	DE
18 - 29	30%	7%
30 - 39	32%	9%
40 - 49	28%	11%
50 - 59	31%	18%

¿Cómo podemos detectarla?

El diagnostico de EP se basará en la historia clínica no siendo necesarias habitualmente pruebas de laboratorio o exploraciones neurofisiológicas.

En la anamnesis, debemos introducir preguntas que nos permitan detectar disfunciones sexuales:

- Si el paciente es portador de enfermedades cardiovasculares, "es frecuente que personas con su enfermedad tengan algún problema en sus relaciones sexuales. ¿Cómo van las cosas en ese terreno?"
- En sanos, "¿cómo está de satisfecho en sus relaciones de pareja?"
- Si toma fármacos, "¿ha notado últimamente algún problema en sus relaciones sexuales?"

Detectada una posible alteración, la abordaremos en la historia específica sexual, preferiblemente asistiendo la pareja, y creando un clima favorable y fiable para el paciente, conscientes del impacto emocional que el problema está provocando.

También hay que tener en cuenta su posible asociación con la DE, que algunos autores han cuantificado en un 30% (Grenier G, 2001).

Historia sexual: si sospechamos o el paciente manifiesta una EP en la historia general, intentaremos conocer:

1. Si es primaria o secundaria. Esta última suele ser más fácil tratar.
2. Si sucede en todas las relaciones o en determinadas ocasiones. Fecha de inicio, frecuencia con que se produce.
3. La relación con parejas concretas, la naturaleza y frecuencia de la actividad sexual.
4. Indagar sobre problemas emocionales, como lo vive, como afecta a su pareja.
5. Explorar e interrogar sobre factores de riesgo, intervenciones, tratamientos farmacológicos, etc. que puedan afectar a una buena relación sexual.
6. Evaluar al paciente psicológicamente (relaciones familiares en su infancia, malos tratos, agresiones sexuales, autoestima, etc.)
7. Indagar sobre experiencias sexuales tempranas del paciente, masturbaciones, primeras relaciones en pareja, prisas en el acto sexual, etc. Ej. El adolescente sorprendido durante la masturbación y reprendido por ello, intentará en lo sucesivo, acabar pronto, para no ser descubierto de nuevo y adquiere así, una técnica mal aprendida (la rapidez se vuelve un hábito).
8. Formas de estimular a la pareja, tiempo que precisa para llegar al orgasmo.
9. Medir el IELT mediante observación en tiempo real durante el coito.

Existen cuestionarios validados que pueden ser útiles para evaluar la EP. El índice de eyaculación precoz es una herramienta útil para evaluar el grado de control, angustia y satisfacción relacionado con la EP (Althof S, 2006).

¿Cuáles son sus causas?

(Alcoba S, 2004; Goodpodinoff ML, 1989)

1. **Origen psico-emocional**
 - Ansiedad en general.
 - Respuesta condicionada, práctica mal aprendida.
 - Dificultad para percibir las sensaciones preorgásmicas, que permitan parar la actividad, para reiniciar al desaparecer estas sensaciones.
 - Problemas en la relación con la pareja, conflictos interpersonales no resueltos.
 - Miedo al fracaso por coitos anteriores con rápida eyaculación.
 - Existencia de otras disfunciones sexuales como DE.
2. **Efectos adversos de medicación psicotrópica**
3. **Factores orgánicos**
 - Algunas enfermedades como prostatitis, vesiculitis, hipertiroidismo.
 - Hipersensibilidad del glande.
 - Algunas enfermedades degenerativas y/o neurológicas donde puede estar alterado el reflejo bulbocavernoso: esclerosis múltiple, neuropatías periféricas, procesos medulares extensivos, ACV, etc.

¿Cómo se trata?

Podemos abordar el tratamiento de la EP desde diferentes opciones:

1. Estrategias individuales: suelen ser los primeros intentos de superar el problema que usan los pacientes, en general con poco éxito.

1. Ejercicios de Kegel: se intenta que aprenda a relajar los músculos bulbocavernosos e isquiocavernosos durante la excitación sexual, lo que facilita un efecto inhibitorio sobre la eyaculación. Se realizan igual que en las mujeres para la incontinencia, contrayendo el ano durante unos segundos e ir relajándolo progresivamente (10 sesiones/día y 10 contracciones/sesión). Algún estudio con número limitado de pacientes dan un porcentaje de curaciones de un 61%, tras 4–6 meses de tratamiento (La Pera G, 1996).
2. Masturbarse 1 ó 2 horas antes de la relación sexual, puede conseguir un intervalo de latencia mayor durante el coito. En el varón de mayor de edad puede no ser útil al no conseguir buena erección después de la masturbación, causando desconfianza y provocar impotencia secundaria.
3. Ponerse varios preservativos para disminuir la sensibilidad en el pene.
4. Técnicas de relajación fisiológica, que además de relajarse le enseñen a concentrarse en sus sensaciones.
5. No dejar que la pareja le estimule sexualmente.

2. Intervenciones psicológicas: es importante incluir a la compañera en las sesiones de orientación y tratamiento, tanto como sea posible.

- Psicoterapia (aliviar sensación de culpa, indagar sobre perturbaciones emocionales, etc.)
- Técnicas conductistas:
 - Técnica de compresión del glande (Masters WH, 1970): la compañera comienza despacio la estimulación del varón, o éste inicia la masturbación, deteniéndose cuando sienta que la eyaculación está próxima, y apretando firmemente el pene, justo detrás del glande. Es una maniobra incómoda, pero no debe ser dolorosa. Después de una pausa y de que el varón note que la eyaculación no es inminente, se reinicia la estimulación, deteniéndose de nuevo al sentirla próxima. La maniobra se repite unas tres veces, y a la cuarta se eyacula.
 - Técnica de parada (Alcoba S, 2004): incluye ejercicios de masturbación progresiva en pareja para familiarizar al hombre con sus sensaciones preeyaculatorias.
 - Técnica de focalización sensorial (Alcoba S, 2004): permiten al paciente concentrarse de forma relajada en las sensaciones placenteras obtenidas gracias a la estimulación genital y no genital por parte de la pareja.
 - Técnica de la vagina quieta (Hawton K, 1986): en la posición coital superior femenina, se pide a la pareja que no se mueva más allá de lo imprescindible para mantener una erección mínima y que el varón vaya tolerando sus sensaciones.

Las técnicas conductistas requieren una motivación y esfuerzo considerables del paciente y de la pareja y tienen un porcentaje de éxito inicial del 60% al 90% (Masters WH, 1970). Después de tres años de uso pierden eficacia en un 25%.

Hay pocas evidencias científicas sólidas sobre su eficacia por la variabilidad del método según quien lo enseñe.

No sabemos cómo influirá la educación sexual durante la adolescencia en la prevalencia de EP.

3. Tratamientos Farmacológicos:

Tratamientos locales

1. Crema SS (combinación de 9 componentes básicamente herbarios), proviene de Corea y logra desensibilizar el pene al aplicarla sobre el glande una hora antes de la relación, retrasando la eyaculación. No está aprobada por la FDA (Xin ZC, 1995; Choi HK, 1999).
2. Cremas con **lidocaína** u otros componentes anestésicos, logran efectos similares (Berkovitch M, 1995; Busato W, 2004).
3. La circuncisión a veces se practica para conseguir menos sensibilidad en el glande, algunos estudios demuestran buenos resultados (Zhang SJ, 2006); la realidad ha demostrado que hay eyaculadores precoces circuncidados.
4. Neurotomía de denervación del glande (nervios sensitivos), técnica donde existen pocos casos para obtener conclusiones, pero que se realiza en determinadas ocasiones (existe una pequeña casuística en la Fundación Puigvert, con aceptables resultados (Moncada I, 2005).

Tratamiento con antidepresivos

En ocasiones, durante el tratamiento de la depresión, aparecían efectos secundarios sobre la esfera sexual (disminución de la libido, retraso en la eyaculación e impotencia ocasional). En base a este hecho se han realizado estudios con fármacos antidepresivos para tratar la EP.

El primero en mostrar eficacia fue la **Clomipramina** en 1973 (Haensel SM, 1996; Girgis SM, 1982; Haensel SM, 1996). Posteriormente los **ISRS** demostraron efectividad en retrasar la eyaculación, al aumentar la neurotransmisión central de serotonina, mejoría que desaparecía al cesar el tratamiento (Haensel SM, 1996). Como efecto paradójico, el uso crónico de **ISRS**, podría en algunos casos causar disfunción eréctil.

Existe discusión sobre la dosificación y como pautarla (Balon R, 1996; McMahon CG, 1998).

1. Terapia continua.
2. Terapia 4-8 horas antes del acto sexual.
3. Terapia de impregnación con dosis diarias 3-4 semanas y luego usarlos solo antes del acto sexual.

Dosificación:

Clomipramina	1. 50 mg diarios 2. 50 mg 4 a 12 horas antes
Fluoxetina	5-60 mg diarios (máximo 80 mg/día)
Sertralina	1. 50 mg diarios (máximo 200 mg/día) 2. 50 mg 4 a 8 horas antes 3. Impregnación con 50-100 mg diarios, tres semanas y posteriormente 50 mg 4 a 8 horas antes
Paroxetina	1. 20 mg diarios (máximo 40 mg/día) 2. 20 mg 3 a 4 horas antes

El tratamiento óptimo para la EP no ha sido establecido. Una dosis única antes de la relación puede ser útil en algunos varones, mientras que en otros, con trastornos emocionales o afectivos de base, puede ser más útil la terapia diaria para conseguir un nivel en sangre como en el tratamiento de la depresión. Obviamente si la terapia única fuera efectiva, al ser más simple, tendría menos efectos secundarios, siendo uno de ellos la disfunción eréctil, que es más frecuente en la terapia continua. La dosis puede ser incrementada paso a paso hasta conseguir un efecto terapéutico o hasta alcanzar la máxima diaria recomendada. No ha sido determinada ningún método exacto para el incremento de la dosis, aunque la experiencia del médico, la respuesta terapéutica en los pacientes, los efectos adversos experimentados y otras consideraciones médicas generales, deberían ser los factores guías.

Una alternativa que ha demostrado su utilidad en algunas estudios, es la de impregnar al paciente con dosis diarias 3-4 semanas y luego usar la dosis a demanda 4 a 8 horas antes de la relación, siendo el fármaco ensayado en esta modalidad la **Sertralina**.

Inhibidores de la PDE-5

Sildenafil (25-50 mg 1 a 2 horas antes de la relación sexual) puede mejorar la latencia eyaculatoria (McMahon CG, 2005; Abdel-Hamid IA, 2004). El mecanismo de acción de este efecto no es conocido. También se mostró efectivo en combinación con **Paroxetina** (Abdel-Hamid IA, 2004; Salonia A, 2002). El tratamiento precoz de la disfunción eréctil posiblemente previene la EP secundaria en hombres mayores.

Tramadol

Aunque se precisan más estudios, **Tramadol** mejoró la latencia eyaculatoria frente a placebo (Safarinejad MR, 2006) y es un fármaco de uso común como analgésico, seguro por su experiencia y con el que el médico general está habitualmente familiarizado (Salem EA, 2008).

Dapoxetina

Es un nuevo **ISRS** que ejerce su acción a través de la inhibición de la recaptación de serotonina (Hellstrom WJ, 2009). Es de acción rápida, de tal manera que tras su administración oral se absorbe y elimina en poco tiempo (Modi NB, 2006). Por ello, es muy apropiado para su administración a demanda.

El fármaco ha sido estudiado en fase III en cinco ensayos multicéntricos, aleatorizados, doble ciego, controlados con placebo en los que se incluyeron a más de 6.000 hombres con EP. En cuatro estudios que evaluaron el IELT como variable principal (N=4843), la **Dapoxetina** a dosis de 30 y 60 mg se mostró efectiva de una manera estadísticamente significativa en comparación con placebo a la hora de incrementarlo. La **Dapoxetina** también mostró mejoría estadísticamente significativa en la percepción de control sobre la eyaculación, la angustia personal y las dificultades interpersonales en relación con la EP (Kaufman JM, 2009).

El tratamiento con **Dapoxetina** es generalmente bien tolerado, con baja incidencia de síndrome de discontinuación, disfunción sexual y de síntomas que afecten al estado de ánimo.

La **dosis recomendada** es 30 mg de una a tres horas antes de la actividad sexual. La máxima frecuencia de administración es de una vez cada 24 horas. **Dosis máxima:** 60 mg.

Si el paciente ha tenido una reacción ortostática con la dosis de inicio, no se aumentará a 60 mg. Los pacientes **deben ser advertidos** de no combinar dapoxetina con drogas o alcohol por aumento del riesgo de arritmia, hipertermia, síncope o síndrome serotoninérgico. Además, el médico debe monitorizar la TA y el pulso en decúbito y bipedestación antes de iniciar el tratamiento (consultar ficha **Dapoxetina**) y se atenderá a las precauciones generales del uso de los **ISRS**.

Bibliografía

- Abdel-Hamid IA. Phosphodiesterase 5 inhibitors in rapid ejaculation: potential use and possible mechanisms of action. Drugs. 2004;64(1):13-26. PubMed [PMID: 14723556](#)
- Alcoba S, García-Giralda L, San Martín C. Guía de buenas prácticas sexuales en Atención Primaria; 2004.
- Althof S, Rosen R, Symonds T, Mundayat R, May K, Abraham L. Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control, and distress associated with premature ejaculation. J Sex Med. 2006;3(3):465-75. PubMed [PMID: 16681472](#)

- Andersson KE, Mulhall JP, Wyllie MG. Pharmacokinetic and pharmacodynamic features of dapoxetine, a novel drug for 'on-demand' treatment of premature ejaculation. BJU Int. 2006;97(2):311-5. PubMed [PMID: 16430636 Texto completo](#)
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM IV-TR. Barcelona: Masson; 2004. ISBN 13: 978-84-458-1087-3.
- Balon R. Antidepressants in the treatment of premature ejaculation. J Sex Marital Ther. 1996;22(2):85-96. PubMed [PMID: 8743620](#)
- Berkovitch M, Keresteci AG, Koren G. Efficacy of prilocaine-lidocaine cream in the treatment of premature ejaculation. J Urol. 1995;154(4):1360-1. PubMed [PMID: 7658537](#)
- Busato W, Galindo CC. Topical anaesthetic use for treating premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. BJU Int. 2004;93(7):1018-21. PubMed [PMID: 15142155 Texto completo](#)
- Carrobbles JA, Sanz Yaque A. Terapia sexual. Madrid: Fundación Universidad-Empresa Madrid; 1991. ISBN 13: 978-84-7842-058-2.
- Choi HK, Xin ZC, Choi YD, Lee WH, Mah SY, Kim DK. Safety and efficacy study with various doses of SS-cream in patients with premature ejaculation in a double-blind, randomized, placebo controlled clinical study. Int J Impot Res. 1999;11(5):261-4. PubMed [PMID: 10553804](#)
- Cooper AJ, Cernovsky ZZ, Colussi K. Some clinical and psychometric characteristics of primary and secondary premature ejaculators. J Sex Marital Ther. 1993;19(4):276-88. PubMed [PMID: 8308914](#)
- Ficha técnica de *Pryligy (Janssen-Cilag)*.
- Girgis SM, El-Haggar S, El-Hermouzy S. A double-blind trial of clomipramine in premature ejaculation. Andrologia. 1982;14(4):364-8. PubMed [PMID: 6751156](#)
- Godpodinoff ML. Premature ejaculation: clinical subgroups and etiology. J Sex Marital Ther. 1989;15(2):130-4. PubMed [PMID: 2769774](#)
- Grenier G, Byers S. Operationalizing early or rapid ejaculation. J Sex Res. 2001;38:369-78.
- Haensel SM, Rowland DL, Kallan KT. Clomipramine and sexual function in men with premature ejaculation and controls. J Urol. 1996;156(4):1310-5. PubMed [PMID: 8808861](#)
- Hawton K, Catalan J, Martin P, Fagg J. Long-term outcome of sex therapy. Behav Res Ther. 1986;24(6):665-75. PubMed [PMID: 3800838](#)
- Hellstrom WJ. Emerging treatments for premature ejaculation: focus on dapoxetine. Neuropsychiatr Dis Treat. 2009;5:37-46. PubMed [PMID: 19557098 Texto completo](#)
- Kaplan HS. La eyaculación precoz. Barcelona: Nuevas Ediciones de Bolsillo; 2004. ISBN 13: 978-84-9759-517-9.
- Kaufman JM, Rosen RC, Mudumbi RV, Tesfaye F, Hashmonay R, Rivas D. Treatment benefit of dapoxetine for premature ejaculation: results from a placebo-controlled phase III trial. BJU Int. 2009;103(5):651-8. PubMed [PMID: 19021601 Texto completo](#)
- La Pera G, Nicastro A. A new treatment for premature ejaculation: the rehabilitation of the pelvic floor. J Sex Marital Ther. 1996;22(1):22-6. PubMed [PMID: 8699493](#)
- Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al.; GSSAB Investigators' Group. 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(1):39-57. PubMed [PMID: 15215881 Texto completo](#)
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. N Engl J Med. 2007;357(8):762-74. PubMed [PMID: 17715410 Texto completo](#)
- Lue TF, Basson R, Rosen RC, et al. Sexual medicine-sexual dysfunctions in men and women. Health Publications: Paris; 2004.
- Masters WH, Johnson VE. Premature ejaculation. En: Human sexual inadequacy. Boston, Mass: Little Brown & Company; 1970. p. 92-115.
- McMahon CG. Treatment of premature ejaculation with sertraline hydrochloride. Int J Impot Res. 1998;10(3):181-4; discussion 185. PubMed [PMID: 9788108](#)
- McMahon CG, Stuckey BG, Andersen M, Purvis K, Koppiker N, Haughie S, et al. Efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in men with premature ejaculation. J Sex Med. 2005;2(3):368-75. PubMed [PMID: 16422868](#)
- Modi NB, Dresser MJ, Simon M, Lin D, Desai D, Gupta S. Single- and multiple-dose pharmacokinetics of dapoxetine hydrochloride, a novel agent for the treatment of premature ejaculation. J Clin Pharmacol. 2006;46(3):301-9. PubMed [PMID: 16490806](#)
- Moncada I. Tratamiento farmacológico de la eyaculación precoz. XII Congreso Nacional de Andrologia. A Coruña; abril 2005.
- Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira ED Jr, Paik A, Gingell C; Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors Investigators' Group. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. Urology. 2004;64(5):991-7. PubMed [PMID: 15533492](#)
- Public assessment report. Scientific discussion. Priligy Dapoxetine hydrochloride Film-coated tablets, 30 and 60 mg [Internet]. Disponible en: www.lakemedelsverket.se [consultado 22/09/2011]. [Texto completo](#)
- Safarinejad MR, Hosseini SY. Safety and efficacy of tramadol in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study. J Clin Psychopharmacol. 2006;26(1):27-31. PubMed [PMID: 16415702](#)
- Salem EA, Wilson SK, Bissada NK, Delk JR, Hellstrom WJ, Cleves MA. Tramadol HCL has promise in on-demand use to treat premature ejaculation. J Sex Med. 2008;5(1):188-93. PubMed [PMID: 17362279 Texto completo](#)
- Salonia A, Maga T, Colombo R, Scattoni V, Briganti A, Cestari A, et al. A prospective study comparing paroxetine alone versus paroxetine plus sildenafil in patients with premature ejaculation. J Urol. 2002;168(6):2486-9. PubMed [PMID: 12441946](#)
- Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman AH, Olivier B. An empirical operationalization study of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation. Int J Psychiatr Clin Pract. 1998;2:287-93.
- Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, Schweitzer DH. Proposal for a definition of lifelong premature ejaculation based on epidemiological stopwatch data. J Sex Med. 2005;2(4):498-507. PubMed [PMID: 16422844](#)
- Xin ZC, Choi YD, Seong DH, Choi HK. Sensory evoked potential and effect of SS-cream in premature ejaculation. Yonsei Med J. 1995;36(5):397-401. PubMed [PMID: 8545998 Texto completo](#)
- Zhang SJ, Zhao YM, Zheng SG, Xiao HW, He YS. Correlation between premature ejaculation and redundant prepuce. Zhonghua Nan Ke Xue. 2006;12(3):225-7. PubMed [PMID: 16597037](#)

Más en la red

Althof SE et al. International Society for Sexual Medicine. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. J Sex Med. 2010 Sep;7(9):2947-69. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01975.x. Review. PubMed [PMID: 21050394](#)

European Association of Urology. [Guía clínica sobre la disfunción sexual masculina: disfunción eréctil y eyaculación precoz](#); 2010.

Feige AM et al. Dapoxetine for premature ejaculation. Clin Pharmacol Ther. 2011 Jan;89(1):125-8. PubMed [PMID: 21085116](#)

Hellstrom WJ. Update on treatments for premature ejaculation. Int J Clin Pract. 2011 Jan;65(1):16-26. doi: 10.1111/j.1742-1241.2010.02479.x. PubMed [PMID: 21155940](#)

Jannini EA et al. Evaluation of Premature Ejaculation. J Sex Med. 2011 May 6. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02289.x. [Epub ahead of print] PubMed [PMID: 21554554](#)

Keel CE et al. New concepts in the diagnosis and treatment of premature ejaculation. Curr Urol Rep. 2010 Nov;11(6):414-20. Review. PubMed [PMID: 20821354](#)

Xin ZC et al. Current therapeutic strategies for premature ejaculation and future perspectives. Asian J Androl. 2011 Jul;13(4):550-7. doi: 10.1038/aja.2010.130. PubMed [PMID: 21532601](#)

Autores

Juan Carlos Álvarez Vicente	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
Laura Calvo Quintela	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)
Venancio Chantada Abal	Especialista en Urología (3)
Eloy González Alonso	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (4)
Bernardo Velasco Horta	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

- (1) C.S. Culleredo. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.
(2) C.S. Abegondo. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.
(3) Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.
(4) C.S. A Covada. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

