

Evaluación clínica y calidad de vida de los pacientes con implante de prótesis peneana

Clinical evaluation and life quality of patients with penile prosthesis

Dr. Rider Palermo Lobaina,^I MsC. Ramiro Fragas Valdés,^{II} Dr C. Celso Suárez Lescay^I y Dra. Josefina Rodríguez Bestard^I

^I Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital Docente Clínicoquirúrgico "Comandante Dr. Manuel Fajardo", La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y longitudinal de 29 pacientes con disfunción sexual grave o moderada, atendidos en la consulta de Sexología del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, desde enero del 2008 hasta diciembre del 2011, a los que posteriormente se les implantó prótesis peneana maleable por no responder a otras terapias. Fueron analizados los indicadores de calidad de vida (antes y después de aplicado el tratamiento quirúrgico) por medio de la escala de autovaloración Dembo-Rubinstein y se obtuvo que previo a la intervención 89,6 % de los afectados tenía función eréctil muy deteriorada, pero luego de la terapéutica alcanzaron índices de erección peneana que les permitió la penetración. Del total de la serie, 3 integrantes no mejoraron dicha disfunción, pues padecieron la extrusión de 1 o 2 cilindros; no obstante, de los 2 que expulsaron un cilindro, uno logró erección favorable (3,4 %). A pesar de que 2 operados (9,6 %) no experimentaron la mejoría deseada, el tratamiento resultó eficaz en la mayoría de los pacientes, quienes mostraron un elevado grado de satisfacción.

Palabras clave: disfunción sexual, prótesis peneana, calidad de vida, consulta de sexología, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive and longitudinal study was carried out in 29 patients with moderate or severe sexual dysfunction, attended in the Sexology Department of "Dr. Joaquín Castillo Duany" Clinical Surgical Teaching Hospital of Santiago de Cuba, from January 2008 to December 2011, in whom a malleable penile prosthesis was subsequently implanted for not responding to other therapies. Indicators of life quality (before and after surgery) by means of Dembo-Rubinstein self-evaluation scale were analyzed, and it was found that before surgery 89.6% of those affected had a marked impairment of erectile function, but after treatment they reached levels of penile erection that allowed penetration. Of the total of the series, 3 patients did not improve this dysfunction, as they suffered extrusion of 1 or 2 cylinders; however, of the two patients that expelled a cylinder, one achieved positive erection (3.4%). Although 2 patients operated (9.6%) did not experience the desired improvement, the treatment was effective in most patients who showed a high level of satisfaction.

Key words: sexual dysfunction, penile prosthesis, quality of life, sexology department, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

La disfunción eréctil (DE) se ha definido como la incapacidad reiterada o continua durante un período de al menos 3 meses para lograr una erección suficiente, que permita mantener una actividad sexual satisfactoria. Esta constituye uno de los problemas más comunes y angustiantes que afecta a la población masculina, cuyo número de afectados aumenta cada día en el mundo, pues según estudios epidemiológicos aproximadamente 50 % de los hombres que cumplen 40 años de edad padecen la "enfermedad de cuarto".¹

A principio de la década de los 70 del siglo pasado, las opciones terapéuticas para la DE eran limitadas a la psicoterapia y las inyecciones intramusculares de testosterona, pero hacia la segunda mitad de ese mismo período se desarrolló el tratamiento con prótesis peneanas efectivas. En 1982, accidentalmente se descubrió que la inyección intracavernosa de papaverina causaba erección; sin embargo, en 1998, la medicina sexual tuvo un "gran salto" en la historia con la primera medicación oral efectiva: el sildenafil. A pesar de este importante avance, un considerable número de hombres todavía permanece sin asistir a las consultas de sexología debido a ignorancia o vergüenza.

Un aspecto que no debe ser olvidado es la influencia que tiene la DE sobre la calidad de vida de los pacientes, si se enfoca fundamentalmente en el bienestar físico, psíquico y social. Para la mayoría de los hombres la autoevaluación de masculinidad y sexualidad se afirma en el pene, la erección y lo que se pueda hacer con ambos, por lo que la disfunción eréctil repercute negativamente en su satisfacción sexual, autoimagen, rendimiento profesional y vínculos de pareja, al crear un estado de angustia, ansiedad, tristeza, irritabilidad, miedo al desempeño, complejo de inferioridad, entre otros.

Sobre la base de minimizar el efecto subjetivo sobre quien tiene disfunción eréctil y quien no, fueron implementados los índices de función eréctil (Índice Internacional de Función Eréctil: IIEF). Con este instrumento se ha podido determinar una importante cifra de varones que padecen distintos grados de afecciones sexuales, así como evaluar la evolución de los individuos atendidos con alguna de las alternativas terapéuticas o incluidos en los ensayos clínicos.²

En Cuba se organiza un programa de atención a estos pacientes que da pasos importantes en el sistema de salud y se han puesto recursos costosos en manos de expertos en la materia, para solucionar este problema que tanta influencia tiene en la calidad de vida de los afectados. De hecho, la imposición de las primeras prótesis peneanas, esperadas durante largo tiempo y que en este momento son una realidad, obligó a un grupo de urólogos y otros especialistas en el tema a prepararse técnicamente mediante un programa diseñado en el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), el cual fue desarrollado en hospitales de la capital y permitió la certificación oficial para ejercer la práctica del procedimiento aprendido. Actualmente se está en condiciones de evaluar los resultados.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y longitudinal de 29 pacientes a los que se les implantó prótesis peneana maleable en el período comprendido de enero del 2008 a diciembre del 2011. Estos fueron atendidos en la consulta de Sexología del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, donde fueron entrevistados y luego de aplicar el IIFE³ se les diagnosticó una disfunción eréctil severa o modera, la cual no mejoró con otros tratamientos, por lo que se les sugirió el implante.

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta: pacientes que voluntariamente dieron su consentimiento para participar en la investigación, el que fue plasmado en la planilla de Consentimiento Informado elaborada por el CENESEX⁴ --se mantuvieron los principios éticos establecidos cuando se trata la sexualidad humana--; individuos a los cuales se les realizó el implante protésico peneano y permanecieron asistiendo regularmente a la mencionada consulta, así como los operados con más de 1 año de evolución.

La información científica fue recolectada en las planillas confeccionadas para el Índice Internacional de Función Eréctil,² avalado internacionalmente por los consensos mundial y latinoamericano, y la escala de autovaloración de Dembo–Rubinstein,⁵ ambos aplicados durante el período preoperatorio y posterior a los 6 meses y al año de la etapa posoperatoria; asimismo, se extrajeron los datos de las historias clínicas (elaborada por el CENESEX) de la consulta de Sexología.

Se evaluó la calidad sexual por medio de la escala de autovaloración y se consideró con una puntuación de 1 a 10, en la que 1 es pésimo y 10, excelente. Ello permitió conocer la percepción que tenía cada paciente antes del tratamiento quirúrgico y la que adquirió posterior a este, respecto a indicadores como: satisfacción en la relación sexual, bienestar físico y emocional, vínculo familiar y autoimagen; con vistas a evaluar su calidad de vida.

RESULTADOS

En el estudio participaron pacientes de 5 provincias orientales, pero hubo una primacía de afectados procedentes de Santiago de Cuba (51,7 %).

La espera prolongada para recibir el tratamiento quirúrgico repercutió en el deterioro de los indicadores de calidad de vida de estos pacientes, pues 44,8 % permaneció en espera de 6 a 10 años y 27,5 %, por más de 10 años.

El mayor número de hombres (55,1 %) tenía las edades de 50 a 59 años, y 24,1 %, de 60 a 69 años. El tiempo de espera preoperatorio influyó sobre esta variable.

Aplicado el IIEF al momento de decidir el implante, 89,6 % de los afectados presentó DE severa y 10,3 % la manifestó moderada, pero ninguno respondió a los tratamientos normados que preceden a esta técnica quirúrgica (tabla 1). Se observó que el Índice Internacional de Función Eréctil mostró una mejoría considerable en 89,6 % del total después del tratamiento.

Tabla 1. Evaluación de la función eréctil (IIFE) según períodos

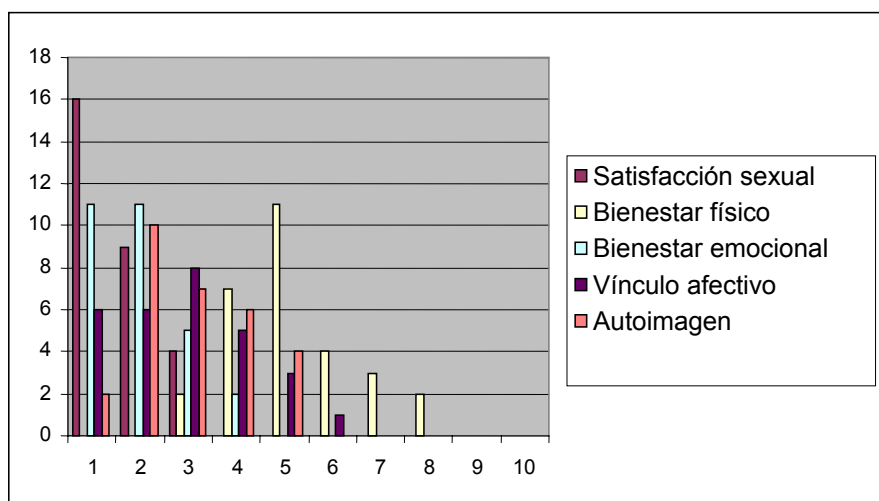
No.	Períodos evaluados	Función eréctil (IIFE)							
		Menor de 17 (severa)		Entre 17 y 21 (moderada)		Entre 21 y 25 (ligera)		Entre 26 y 30 (sin DE)	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	Preoperatorio	26	89,6	3	10,3				
2	6 meses después de operado	2	6,9	1	3,4	13	44,8	13	44,8
3	1 año después de operado	2	6,9	1	3,4	10	34,5	16	55,1

La extrusión de un cilindro resultó la complicación más frecuente en 2 pacientes, lo que repercutió negativamente en los resultados en cuanto a los indicadores de calidad de vida.

A los 6 meses de la intervención, el IIFE se revirtió en una puntuación entre 21 y 25 en 13 pacientes que pasaron a la DE ligera, mientras que otros 13 operados alcanzaron puntuación entre 26 y 30, con lo cual se logró una calidad satisfactoria de su erección. Por otra parte, 3 pacientes presentaron erecciones no útiles en sus relaciones sexuales al padecer las complicaciones señaladas.

Luego de un año de efectuado el tratamiento quirúrgico, 11 pacientes lograron una puntuación entre 26 y 30, lo que convirtió la DE en ligera, 16 pacientes alcanzaron una cifra entre 26 y 30 (esta puntuación les permitió efectuar relaciones sexuales con penetración satisfactoria). Un paciente expulsó un cilindro, pero logró rigidez que le permitió una relación sexual favorable.

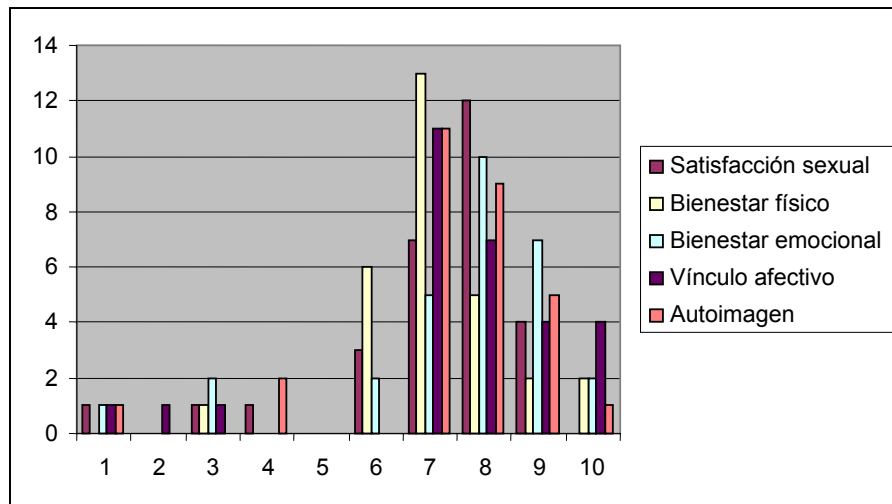
En cuanto a los indicadores de calidad de vida, antes de la operación los integrantes de la serie fueron notificados como muy lesionados (figura 1), pues la satisfacción sexual no sobrepasó la media, tampoco su bienestar emocional. El vínculo afectivo en 4 pacientes superó la media y lo que más se conservó fue la autoimagen y el bienestar físico.



Fuente: historia clínica

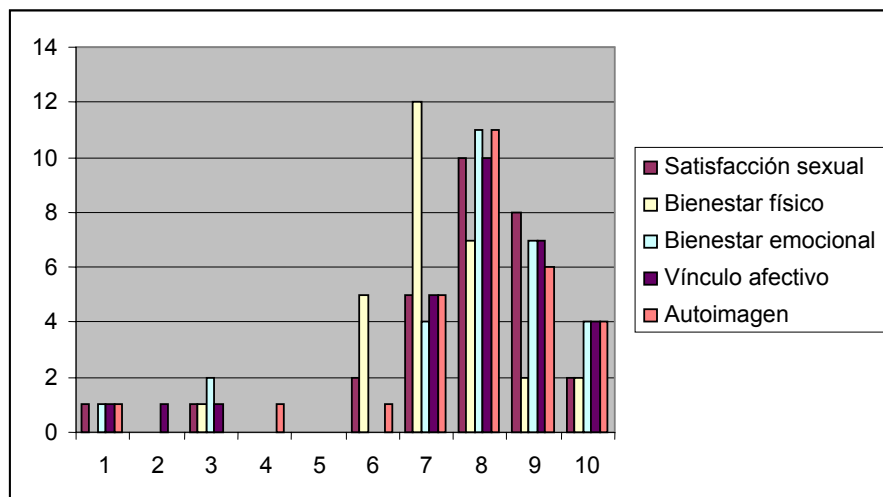
Fig 1. Evaluación de los indicadores de calidad de vida en el período preoperatorio según escala de autovaloración (Dembo-Rubinstein)

Todos los pacientes tenían calidad de vida evaluada como pésima a mala antes de la operación. Posteriormente, al sexto mes de operados (figura 2), estos indicadores se transformaron en bienestar físico, satisfacción sexual, bienestar emocional y elevación de la autoimagen; el vínculo afectivo se recuperó en un número importante de pacientes y solo 2 de ellos no lograron mejorar la calidad de sus vidas. Pasado un año, las variables de calidad fueron superiores (figura 3), sobre todo en los aspectos relacionados con el bienestar físico, la satisfacción sexual y el vínculo afectivo con la pareja.



Fuente: historia clínica

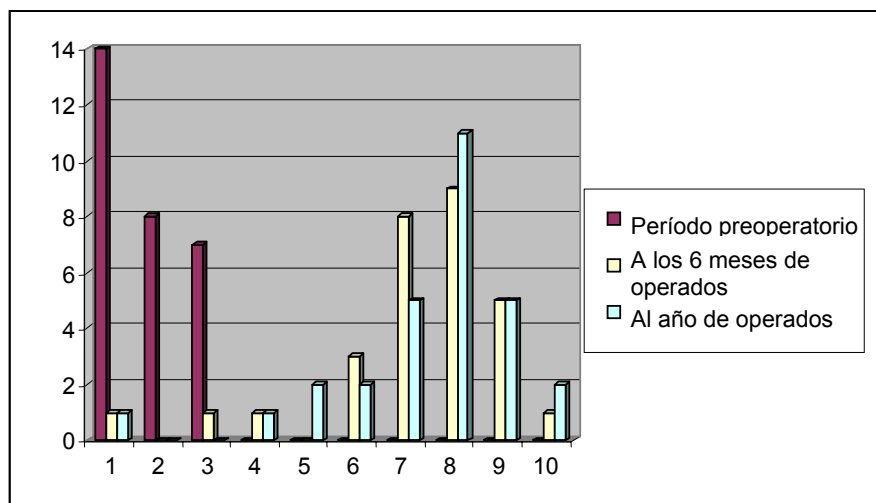
Fig 2. Evaluación de los indicadores de calidad de vida al sexto mes de operados según escala de autovaloración (Dembo-Rubinstein)



Fuente: historia clínica

Fig 3. Evaluación de los indicadores de calidad de vida al año de operados según escala de autovaloración (Dembo-Rubinstein)

Se observó, en general, una elevada recuperación en los indicadores de calidad de vida de 89,6 % de los pacientes tratados con implante de prótesis peneana (figura 4).



Fuente: historia clínica

Fig 4. Evaluación de la calidad de vida según escala de autovaloración (Dembo-Rubinstein)

DISCUSIÓN

Existen pocos estudios acerca de la prevalencia de la disfunción eréctil. En una investigación realizada en una consulta de sexología de la atención primaria la muestra dependió de la cantidad de pacientes que asistió a este servicio, además del cumplimiento de los criterios de inclusión previstos. Aunque el tamaño de la muestra no fue elevado, sí resultó suficiente para efectuar el análisis estadístico, sin diferencias en la frecuencia de los casos.⁶

Un porcentaje de los pacientes de la casuística tuvo que esperar más de 10 años para que les fuera aplicado el tratamiento quirúrgico. Estos fueron diagnosticados en servicios de salud de la capital y se les orientó el implante en hospitales de la región oriental, una vez que se contó con el personal certificado y las prótesis.

La DE se presentó preferentemente en pacientes con más de 50 años de edad, sin grandes diferencias de los resultados expuestos por otros autores acerca de una frecuencia elevada a los 40 años de edad.⁷ Las complicaciones en este tipo de cirugía tienen relación con factores técnicos, infecciones, tipo de germen o enfermedades asociadas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.^{8,9}

El Índice Internacional de Función Eréctil,³ con el que se evalúa de forma cuantitativa la calidad del paciente con disfunción sexual eréctil, demostró una mejoría considerable de los integrantes de la serie después del tratamiento.

Se aplicó la escala de autovaloración de Dembo-Rubinstein⁵ durante el período preoperatorio, y posteriormente a los 6 meses y al año de la etapa posoperatoria. A través de esta se obtuvo un elevado índice de satisfacción, por lo que se logró la recuperación de la calidad de vida de los pacientes operados. El mayor grupo calificó de bueno a muy bueno, lo cual significa que un paciente refiere de excelente su calidad de vida.

En relación con lo anterior se han expuestos muchos datos al respecto, los cuales además están en relación con el tipo de prótesis utilizada. Algunos de los estudios muestran una

subcategorización sobre el tipo de prótesis y la marca de esta, como el de Brinkman *et al*,¹⁰ donde se comparan resultados de varios modelos y marcas. Otros investigadores^{6,8} han tenido en cuenta la característica de si es inflable o no.

También con las prótesis de 2 componentes se ha buscado una cierta aproximación a la de un dispositivo que reúna las ventajas de las prótesis madres semirrígidas e hidráulicas de 3 elementos. Comparativamente la de 2 componentes requiere menor habilidad clínica y área quirúrgica, no necesita conexiones, puede efectuarse su colocación con anestesia local; además de que el autoinflado es infrecuente y el porcentaje de fallas mecánicas resulta potencialmente menor, así como su rigidez y el costo son similares a los de las hidráulicas de 3 unidades.^{8,9}

Es importante insistir en que existen infinidad de artículos con los cuales se intenta lograr la satisfacción en los pacientes que reciben tratamiento para la disfunción eréctil, pues sin duda alguna, es una condición que deteriora de manera directa la calidad de vida de estos. Aunque hay muchos factores que influyen en el entorno sexual del individuo y alteran los resultados de estos estudios, es claro que resulta necesario estandarizar parámetros de evaluación y objetivar lo obtenido en las investigaciones.¹¹⁻¹³

Las prótesis peneanas constituyen mecanismos diseñados para producir una tumescencia y rigidez peneana suficientes para la actividad sexual e intentar mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen disfunción eréctil y no responden a otros tratamientos. Las tasas de satisfacción notificadas en la generalidad de la bibliografía médica superan 75 %, lo que demuestra que esta terapéutica resulta una excelente alternativa para los pacientes con indicación quirúrgica.

Según refirió Lewis⁶ en 1979, Gerstenberger obtuvo el grado de satisfacción de 96 hombres y sus parejas (74 y 74,5 %, respectivamente) después del implante de una prótesis inflable, el cual fue uno de los estudios pioneros en la evaluación de la calidad de vida de dichos pacientes. En ese entonces se utilizaban parámetros de evaluación como el *Derogatis Sexual Functioning Inventory* (DSFI) o el *Dyadic Adjustment Scale* (DAS), que eran cuestionarios básicos para individuos con disfunción eréctil a quienes se les había ofrecido algún tipo de tratamiento.

Posteriormente, se han publicado trabajos de evaluación directa o indirecta sobre la satisfacción posquirúrgica, de los cuales la mayoría incluye cuestionarios diseñados por los autores y entregados a los pacientes mediante correo postal o electrónico, o realizados a través de entrevistas telefónicas o en los centros de consulta, por lo cual varían ampliamente y suelen contener preguntas relacionadas con la calidad de las erecciones y el funcionamiento del dispositivo, así como diferentes enfoques de exploración psicosexual, comportamiento y relación de pareja.

Bechara *et al*⁸ compilaron los resultados del seguimiento de 191 pacientes con implante desde 1990, y especificaron que anualmente 70 argentinos reciben una prótesis peneana. Asimismo, en su trabajo lograron mejoría en todas las variables analizadas según una encuesta de satisfacción que resumió: calidad de la rigidez (98,1 %), satisfacción de la actividad sexual (72,5 %), autoestima (84,3 %), calidad de vida (70,0 %) y relación de pareja (59,6 %). De hecho, 95,1 % de los pacientes cumplió sus expectativas en relación con la calidad de la rigidez y la capacidad de penetración luego del implante.

Con referencia a lo anterior, estos mismos autores notifican que en el análisis de aproximadamente 25 % de operados, la eficacia del implante, evaluada a través de la calidad de la rigidez y la capacidad de penetración en las relaciones sexuales, resultó alta

(95,1 %). De igual forma, al analizar los aspectos relacionados con la satisfacción del paciente y su pareja, 51 hombres (26,7 %) tuvieron una edad media mayor de 66 años -- se consideró el transcurso del tiempo desde el implante hasta esta evaluación (promedio de 6,4 años)--. La motivación de los pacientes previo al implante fue alta en 70 %, con un puntaje en la evaluación de calidad realizada de 8 a 10 puntos.

Tanto en el citado estudio⁸ como en la presente investigación, la mayoría de los pacientes se adaptaron al dispositivo implantado, desde el punto de vista general, urinario y coital, entre el primer mes y el tercero, aunque un porcentaje menor (10 %) logró acoplarse a su actividad sexual entre el cuarto y sexto mes después del implante, lo cual conduce a considerar que previamente se debe informar al paciente sobre esta posibilidad, pues el temor que genera el reinicio de la actividad sexual por la creencia de que el pene se va a dañar durante el coito demora la adaptabilidad de los operados a la nueva situación. Las ventajas manifestadas por la mayoría de los hombres fueron estadísticamente significativas al compararlas con las desventajas.

De los anteriores planteamientos se deduce que la función sexual tiene un carácter cultural amplio, al exigir un alto patrón de bienestar físico y una adecuada armonía emocional y espiritual; de lo contrario, pueden ocurrir trastornos orgánicos en el mecanismo eréctil del pene, se deteriora la eficacia de la actividad sexual y la calidad de vida padecerá una marcada lesión. Se establece, entonces, un "círculo vicioso" de no recibir una oportuna atención médica. En la vida contemporánea es frecuente encontrar estos conflictos de pareja, dados en que el hombre con dicho problema psíquico o funcional tiene afectada la erección de manera severa o moderada al no responder a las acciones psicoterapéuticas y médicas, lo cual lo convierte en posible aspirante al implante protésico peneano -- última alternativa para alcanzar los indicadores de calidad de vida--.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres LO, Ugarte Romano F, Glina S. I Consenso Latinoamericano de Disfunción Sexual. Sociedad Latinoamericana para el Estudio de la Impotencia y Sexualidad Latin American Chapter of International Society for Sexual and Impotence Research (ISSIR). Sao Paulo: BG Cultural; 2002.
2. Melman A, Fogarty J, Hafron J. Can self-administrated questionnaires supplant objective testing of erectile function? A comparison between the international index of erectile function and objective studies. *Int J Impot Res.* 2006; 18(2): 126-9.
3. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997; 49(6): 822-30.
4. Fragas R. Guía práctica. Salud sexual y práctica sexológica. Lecturas para profesionales de la salud. Ciudad de La Habana: Editorial CENESEX; 2007: vol 1. p. 9-52.
5. Rubinstein JL. Principios de psicología general. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1982.
6. Lewis RW. Long-term results of penile prosthetic implants. *Urol Clin North Amer.* 1995; 22(4): 847-56.

7. Grover SA, Lowensteyn I, Kaouache M, Marchand S, Coupal L, DeCarolis E, et al. The prevalence of erectile dysfunction in the primary care setting: importance of risk factors for diabetes and vascular disease. *Arch Intern Med.* 2006; 166(2): 213-9.
8. Bechara A, Casabé A, De Bonis W, Hurcade P, Rey H. Evaluación a largo plazo de los resultados, complicaciones y satisfacción de 191 pacientes con implante de prótesis peneana. *Rev Arg Urol.* 2010; 75(4): 186-202.
9. Simmons M, Montague DK. Penile prosthesis implantation: past, present and future. *Int J Impot Res.* 2008; 20(5): 437-44.
10. Brinkman MJ, Henry GD, Wilson SK, Delk JR, Denny GA, Young M, et al. A survey of patients with inflatable penile prosthesis for satisfaction. *J Urol.* 2005; 174(1): 253-7.
11. Wespes E, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Hatzimouratidis K, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology; 2009.
12. Svendsen KO, Schultz A. Sexual dysfunction in men. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2008; 128(4): 448-52.
13. Arrue Hernández I. ¿Cómo demuestro que te amo? La Habana: Editorial CENESEX; 2005. (Colección Salud Sexual)

Recibido: 7 de mayo de 2012.

Aprobado: 22 de mayo de 2012.

Rider Palermo Lobaina. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Punta Blanca s/n, Santiago de Cuba, Cuba.