

JULIA GARCÍA CALVO*, MARÍA DEL PRADO MARTÍN TERCERO**, MARI PAZ AGUAYO OSUNA*, JOSÉ MANUEL ASTILLERO BUITRAGO*,
GUADALUPE CAÑIZARES CARBALLO*, ANA GALIANA BRAGE*

*Enfermeros del Servicio de Urología del Hospital General de Ciudad Real

**Supervisora del Servicio de Urología del Hospital General de Ciudad Real

Disfunción eréctil tras prostatectomía radical. Guía de información de enfermería

Palabras clave: Disfunción eréctil, prostatectomía, intervención enfermera, educación al paciente.
Keywords: Erectile dysfunction, prostatectomy, nursing interventions, patient education.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es el más diagnosticado en varones y la segunda causa de mortalidad (1) relacionada con el cáncer.

En el momento del diagnóstico la mayoría de los pacientes presenta la enfermedad localizada o en la región, pero sólo alrededor del 50% presenta metástasis (2).

La utilización del PSA y la detección precoz permiten diagnosticar y tratar a pacientes con cáncer de próstata cada vez más jóvenes. Es en este tipo de pacientes en los que la calidad de vida se resiente si aparece un efecto adverso relacionado con la prostatectomía.

La prostatectomía radical es un procedimiento ampliamente aceptado y consolidado como tratamiento del cáncer de próstata clínicamente localizado.

La prostatectomía radical abierta es el «patrón de oro», aunque hoy en día se utilizan otros tipos de técnicas entre las que se encuentran la prostatectomía por laparoscopia (PRL) y la prostatectomía robótica (PRR).

Para comparar los resultados de las distintas técnicas se deberían de desarrollar estudios prospectivos y aleatorios, en los que debería primar la homogeneidad a la hora de medir los resultados.

Pese a estas limitaciones se evidencia que no existen diferencias significativas entre los tres diferentes abordajes en cuanto a continencia y función eréctil se refiere (3).

La incidencia de la disfunción eréctil (DE) después de la prostatectomía radical (PR) se encuentra entre el 25-85% (4).

Soleimari et al. documentan una tasa de incidencia de DE del 12,5% tras prostatectomía, asociando factores de riesgo como la hipertensión, la diabetes mellitus, el aumento de las tasas de transfusión y una edad más avanzada (5).

Person et al. (6) concluyen que la DE es un problema moderado-severo para el 20% de los pacientes antes de la

cirugía, para el 61% a los 12 meses y para el 54% a los 24 meses de la PR.

Por otra parte, Glickman et al. proporcionan pruebas concluyentes de que se producen mejoras en el control urinario y la función eréctil más allá de los 2 años después de la prostatectomía radical (7).

El mecanismo a través del cuál la PR puede provocar impotencia puede ser neurológico, vascular y/o psicológico (8).

La lesión neurológica se debe, fundamentalmente a una lesión del plexo pélvico o de los nervios erectores que trascurren por la cara posterolateral de la próstata (9). Walsh et al. describieron la técnica de PR con preservación de los nervios erectores para evitar la impotencia (10).

Quinlan y Walsh concluyen que los tres factores más importantes que se correlacionan con el mantenimiento de la función sexual son la edad, el estadio clínico y patológico y la técnica quirúrgica (preservación o escisión de las bandeletas neuromusculares) (11).

La World Health Organization define la DE como la incapacidad persistente o repetida para alcanzar y mantener una erección con suficiente rigidez para que permita una relación sexual satisfactoria (12).

Existe consenso acerca de la importancia del disfrute de una buena salud sexual, considerándose la DE como un problema de salud pública que actúa como marcador de otras enfermedades más graves (13).

La calidad de vida se ve afectada por la aparición de una bajada de la autoestima, sentimientos de culpa y depresión que pueden manifestarse a través de síntomas somáticos o conductas adictivas.

El tema de la DE desde la práctica enfermera ha sido un tema poco abordado, a veces por tratarse de una situación delicada y otras por falta de conocimientos para detectar y dirigir de forma correcta nuestra actuación.

El objetivo que nos planteamos fue diseñar una guía de

información a los pacientes con DE que habían sido sometidos a prostatectomía radical para que tuvieran conocimiento de las diversas posibilidades terapéuticas que existen para abordar la DE.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda de la evidencia científica nacional e internacional publicada entre los años 2000 y 2009, en las bases de datos Medline, Cinahl, Cochrane, Cuiden, usando las palabras clave: «Prostatectomy», «Patient information», «Erectile dysfunction», «Terapia», «Treatment» y «Nursing information».

La estrategia incluía acceso libre al texto completo y resumen disponible. Se excluyeron los estudios publicados en un idioma diferente al español o el inglés.

Los criterios de inclusión fueron:

- Trabajos enfocados a la educación de pacientes que se sometieron a prostatectomía.
- Estudios basados en el tratamiento médico y quirúrgico o a través de intervenciones no farmacológicas de la DE.

Se seleccionaron 26 artículos que cumplían los criterios de inclusión.

INTERVENCIONES

Se realiza una valoración inicial de las necesidades por patrones funcionales, creando un clima adecuado de empatía, con naturalidad, que dé sensación de seguridad, teniendo en cuenta las manifestaciones verbales que hace el paciente sobre la DE y recogiendo información sobre determinadas patologías y/o hábitos que pueden favorecer la DE (diabetes mellitus, hipertensión, depresión, consumo de fármacos, ingesta de alcohol y hábito tabáquico) (14), cuadros 1 y 2.

El personal de enfermería debe insistir en que tener un problema de DE no disminuye el valor de la persona ni su masculinidad.

Recomendamos en nuestras sesiones informativas la importancia de adoptar unos hábitos de vida saludable, dejando de fumar, evitando el consumo de alcohol, modificando hábitos dietéticos y recomendando la práctica de ejercicio físico de una manera regular.

A continuación se le da información de las posibilidades terapéuticas que existen en la actualidad.

TERAPIA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL

1º TERAPIA FARMACOLÓGICA INYECTABLE INTRACAVERNOSA

Representa la primera línea de ataque en pacientes sometidos a cirugía radical prostática con la preservación de los haces neurovasculares que condicionan la potencia sexual.

Se utiliza la inyección intracavernosa de prostaglandina E1 (PGE1) induciendo relajación del músculo liso de los

Cuadro 1
Etiología de la disfunción eréctil

Tipo disfunción eréctil	Patologías
Enfermedades sistémicas	Diabetes mellitus Insuficiencia renal crónica Enfermedad coronaria
Tóxicos	Alcoholismo Tabaquismo
Vasculogénica	Arterioesclerosis Hipertensión Trauma perineal Enfermedad de la Peyronie
Hormonal	Hipogonadismo Hiperprolactinemia
Neurológica	Infarto cerebral Tumor cerebral Enfermedad de Alzheimer Lesión medular Traumatismo pelviano
Psicológica	Depresión Ansiedad Estrés psicológico Problemas de pareja

Cuadro 2
Causas medicamentosas que producen disfunción eréctil

Fármacos con actuación hormonal	Estrógenos Anabolizantes Esteroides Espironolactona Ketoconazol Digoxina Cimetidina Fenotiazinas
Fármacos psicotrópicos	Haloperidol Antidepresivos tricíclicos Antidepresivos tetracíclicos Inhibidores de la MAO
Fármacos antihipertensivos	Clonidina Reserpina Propranolol Atenolol Metropolol Antialdosterónicos
Fármacos quimioterápicos	

cuerpos cavernosos, produciendo erección, inhibiendo la agregación plaquetaria y la producción de fibrosis (15).

Además de las prostaglandinas se suelen utilizar el alprostadil (Caverject®), papaverina y fentolaminas.

Su eficacia se fija entre un 70-80%.

2º TERAPIA FARMACOLÓGICA ORAL:

2.1. Sildenafil

Montorsi y McCullugh (16) en una revisión sistemática aportan que la respuesta al sildenafil se sitúa entre el 14-53%. Al comparar el efecto entre los pacientes con y sin conservación de bandeletas, se observa que en aquellos en los

que está conservada, la posibilidad de respuesta es 12 veces superior.

2.2. Tadalafilo

Diversos estudios (17,18,19) demuestran la eficacia de este otro inhibidor de la 5-fosfodiesterasa.

Debido a su larga vida media podría ser considerado en terapias a largo plazo en pacientes reacios al consumo diario de este tipo de medicamentos, ya que con dos dosis semanales podrían ser suficientes, unido a otras alternativas coadyuvantes.

2.3. Vardenafilo

Estudios publicados (20, 21) que comparaban el vardenafilo con placebo en pacientes con DE tras prostatectomía radical con conservación de bandeletas, obtenían una mejora de la erección del 65% frente al 13% del grupo placebo.

A pesar del éxito de este grupo de medicamentos muchos pacientes con DE tras PR no se benefician de sus efectos y esto es debido a que para que actúen los inhibidores de la PDE-5 se necesita que en las terminaciones nerviosas se libere óxido nítrico (ON) que favorece la producción de CMPc, induciendo una serie de eventos que producen relajación del músculo liso y rigidez peneana (4). Si no se libera ON o si el músculo liso ha sufrido fibrosis y no puede relajarse, la respuesta de los PDE-5 será baja.

No existe riesgo vascular asociado a los inhibidores de la PDE-5. No obstante, están contraindicados en pacientes en los que se desaconseja la actividad sexual, por angor inestable, insuficiencia cardiaca grave o infarto reciente.

Todos los inhibidores de la PDE-5 están contraindicados en pacientes que utilizan nitratos o donadores de ON, ya que potencian su efecto hipotensor.

3° TERAPIA FARMACOLÓGICA INTRAURETRAL

Se trata de supositorios intrauretrales colocados con ayuda de lubricante que facilita su introducción. Al producirse la absorción de este medicamento dentro de los tejidos eréctiles, se puede obtener erección.

Este tipo de terapia se deja como alternativa de segunda línea. Aproximadamente el 43% de los pacientes que utilizan esta terapia consiguen un efecto positivo.

En líneas generales no es un tratamiento bien aceptado por los pacientes.

4° DISPOSITIVOS DE VACÍO

La terapia con dispositivo de vacío es una modalidad no quirúrgica, bastante segura y con unos porcentajes de satisfacción entre el 60-80%.

La presión negativa que provoca el sistema de vacío causa un incremento de sangre hacia los cuerpos cavernosos logrando la turgencia y rigidez necesarias para mantener relaciones sexuales.

5° PRÓTESIS DE PENE

Al tratarse de un tratamiento quirúrgico, debe considerarse como la última opción una vez que ha fallado el resto de alternativas terapéuticas de la DE.

Se suelen utilizar tres tipos de prótesis: la semirrigida, las

prótesis inflables y las prótesis que poseen dentro de su estructura los mecanismos inflables.

6° EJERCICIOS DE KEGEL

Existen estudios que obtienen evidencia en relación con los beneficios que ejerce fortalecer la musculatura pélvica en la función eréctil, siendo una medida no invasiva y de bajo coste (22,23).

7° PSICOTERAPIA Y PSICOEDUCACIÓN

Desde el momento que el paciente y su entorno familiar comprenden la gravedad de la situación en relación con el diagnóstico y tratamiento del cáncer prostático, se ocasiona en el paciente un disturbio emocional caracterizado por estrés, angustia y depresión.

Es importante darle apoyo psicológico completo, no sólo con nuestras charlas sino a través de psicólogos especializados en el tema.

Todo esto será de gran importancia para que el paciente recupere su actitud adecuada ante su realidad y pueda recuperar su actividad sexual.

La psicoterapia es favorable en lo que respecta a los aspectos de espontaneidad, duración y eficacia de la función sexual eréctil y en el logro de la autoconfianza que intensifica la satisfacción (24).

DISCUSIÓN

La información pre y postoperatoria tiene efectos positivos en el grado de ansiedad y de satisfacción de los pacientes.

Dicha información hay que adecuarla a las necesidades específicas del paciente, dependiendo de la población a la que pertenezca, considerando su nivel educativo y cultural (25).

Conocer la población a la que se va a informar es primordial, así como la comprensión de la enfermedad y de sus consecuencias que tiene el paciente a la hora de elaborar los mecanismos de información.

Hay que destacar que el proceso de aprendizaje puede verse afectado por el estado emocional del paciente y por las cargas de trabajo de los profesionales de enfermería (26).

La intención de la elaboración de esta guía ha sido la de informar al paciente de las terapias invasivas y no invasivas, ofreciendo mayores alternativas de tratamiento.

La enfermera, por su conocimiento y accesibilidad al paciente, puede colaborar a establecer un programa de información y asesoramiento que resuelve las dudas que puedan tener los pacientes con disfunción eréctil.

CONCLUSIÓN

La aplicación de la metodología enfermera es un instrumento fundamental para aumentar la eficacia de captación y comprensión de información por parte del paciente; no obstante, la efectividad y la adecuación de la información proporcionada deberían ser evaluadas después del alta del paciente. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Held-Warmkessel J. Cáncer de próstata metastásico. *Nursing*. 2009; 27(2): 30-34.
2. Jemal A. Cancer statistics. 2008. *Cancer Journal for Clinical*. 58(2):71-96.
3. Otero J, Martínez Juan I. Análisis crítico comparativo de prostatectomía radical abierta retropúbica, laparoscópica y robótica: Resultados de continencia urinaria y función sexual. *Arch. Esp. Urol*. 2007; 60 (7): 767-776.
4. Rodríguez L, Espilez R, Marco A. Disfunción eréctil tras prostatectomía radical. *Rev Int Androl*. 2007; 5 (39): 277-83.
5. Soleimani M, Hosseini SY, Aliasgari M, Dadkhah F, Lashay A, Amini E. Erectile dysfunction after prostatectomy: an evaluation of the risk factors. *Scand J Urol Nephrol*. 2009; 43 (4):277-81.
6. Penson D, McLerran D, Feng Z, Li L, Albertsen P, Gilliland P, et al. 5-Years urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the prostate cancer outcomes study. *J Urol*. 2005;173:1701-5.
7. Glickman L, Godoy G, Lepor H. Changes in continence and erectile function between 2 and 4 years after radical prostatectomy. *J Urol*. 2009 Feb;181(2):731-5.
8. Lue T. Impotence after radical pelvic surgery: physiology and management. *Urol Int*. 1991; 46:259-65.
9. Kessler T, Burkhard F, Studer U. Nerve-Sparing open radical retropubic prostatectomy. *Eur Urol*. 2007; 51: 90-7.
10. Walsh P, Partin A, Epstein JI. Cancer control and quality of life following anatomical radical retropubic prostatectomy: results at 10 years. *J Urol*. 1994; 152:1831-35.
11. Quinlan DM, Epstein JI, Carter BS, Walsh PC. Sexual function following radical prostatectomy: influence of preservation of neurovascular bundles. *J Urol*. 1991; 145:998-1002.
12. World Health Organization. *Erectile Dysfunction*. Plymouth. Oxford. United Kingdom: Health Publication 2000.
13. Sánchez F. La disfunción eréctil y otros trastornos sexuales en la consulta del médico de familia. *Medicina General /de Familia*. Semergen. 2003; 29: 227-9.
14. Martínez M, Castro M, Sáez A. Disfunción eréctil: objetivos e intervenciones en la consulta de enfermería. *Enferm Clínica* 2005; 15(1)43-9.
15. Porst H. The rationale for prostaglandin E1 in erectile failure: a survey of worldwide. *J Urol*. 1996; 155:802-10.
16. Montorsi F, McCullough A. Efficacy of sildenafil citrate in men with erectile dysfunction following radical prostatectomy: a systematic review of clinical data. *J Sex Med*. 2005; 2: 658-67.
17. Montorsi F, Briganti A, Salonia A, Rigatti P, Burnett AL. Current and future strategies for preventing and managing erectile dysfunction following radical prostatectomy. *Eur Urol*. 2004; 45(2):123-133.
18. Hellstrom W, Overstreet J, Yu A, Saikali K, Sheen W, Beasley C, Watkins V. Tadalafil has no clinically relevant effect on semen characteristics. Presented at the 10 th World Congress of International Society for Sexual and Impotence Research (ISSIR) 2002. Montreal, Canada.
19. Sáenz de Tejada I, Knight JR, Anglin G, Emmick JT. Efectos del tadalafil sobre la disfunción eréctil en hombres con diabetes. *Diabetes Care*. 2002; 25: 2159-2164.
20. Brock G, Nehra A, Lipschultz L, Karlin GS, Gleave M, Seger M, et al. Safety and efficacy of vardenafil for the treatment of men with erectile dysfunction after radical retropubic prostatectomy. *J Urol*. 2003;170:1278-83.
21. Nehra A, Grantmyre J, Nadel A, Thibonnier M, Brock G. Vardenafil improved patient satisfaction with erectile hardness, orgasmic function and sexual experience in men with erectile dysfunction following nerve sparing radical prostatectomy. *J Urol*. 2005; 173:2067-71.
22. Dorey G, Speakman M, Feneley R, Swinkels A, Dunn C, Ewings P. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle exercises and manometric biofeedback for erectile dysfunction. *Br J Gen Pract*. 2004; 54:819-25.
23. Van Kampen M, de Weerd W, Claes H, Feys H, de Maeyer M, van Poppel H. Treatment of erectile dysfunction by perineal exercise, electromyographic biofeedback, and electrical stimulation. *Phys Ther*. 2003; 83:536-43.
24. Hernando-Berrios M, Soledad M, Gualda-Vergara V. Intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la disfunción eréctil en varones adultos: Revisión sistemática. *Enferm Clin*. 2008; 18(2):64-9.
25. Juadó C. Información a los pacientes que se someten a prostatectomía: una revisión sistemática de la bibliografía desde 1990 hasta 2002. *Enferm Clin* 2004; 14(6):339-44.
26. Philips C, Gray RE, Fitch MI, Labrecque M, Fergus K, Klotz L. Early postsurgery experience of prostate cancer patients and spouses. *Cancer pract*. 2002; 8:165-71.