

ACEBAL ÁLVAREZ C

Enfermera. Consulta de Urología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander

carmen.acebal@scsalud.es

Comunicación oral en XLI Congreso AEEU

Impacto de una Consulta de Enfermería especializada en andrología en la disfunción eréctil

RESUMEN

Resumen. La disfunción eréctil (DE), se define como la incapacidad para conseguir y mantener una erección suficiente, para lograr una actividad sexual satisfactoria. **Su tratamiento es sintomático, enfocado en mejorar las erecciones.**

Objetivo. La implantación de una consulta de enfermería especializada en andrología, mejora la adherencia y satisfacción con los tratamientos para la DE en comparación con la práctica habitual en las consultas de urología.

Metodología. Ensayo clínico aleatorizado simple ciego, con dos grupos de pacientes diagnosticados de DE y atendidos en consulta de urología y consulta enfermera, especializada en andrología, en el Hospital Marqués de Valdecilla. Los instrumentos utilizados serán cuestionarios validados para medir adherencia y satisfacción. Se compararán puntuaciones en ambos grupos.

Resultados esperados. Con los resultados de este estudio esperamos aumentar la adherencia y satisfacción a los tratamientos para la DE, mediante este programa orientado a la educación sanitaria y administración de las primeras dosis en la consulta.

Palabras Clave: Disfunción eréctil, adherencia, satisfacción, consulta enfermera.

SUMMARY

Abstract. Erectile dysfunction (ED) is defined as the inability to achieve and maintain an erection sufficient for satisfactory sexual activity. **Treatment is symptomatic, focused on improving erections.**

Objective. The implementation of a specialised andrology nursing consultation, improves adherence and satisfaction with ED treatments compared to the usual practice in urology consultations.

Methodology. Randomised single-blind clinical trial, with two groups of patients diagnosed with ED and seen in urology and nurse consultation specialising in andrology at the Marqués de Valdecilla Hospital. The instruments used will be questionnaires validated to measure adherence and satisfaction. Scores in both groups will be compared.

Expected results. With the results of this study we expect to increase adherence and satisfaction to ED treatments, through this programme aimed at health education and administration of the first doses in the specialist nursing consultation.

Keywords: Erectile dysfunction, adherence, satisfaction, nursing consultation.

INTRODUCCIÓN

Disfunción Eréctil.

La disfunción eréctil (DE) se define como la incapacidad para conseguir y mantener una erección suficiente, para lograr una **actividad sexual satisfactoria (1)**. La salud sexual, es un estado de completo bienestar **físico mental y social referido a la sexualidad (2)**. Su prevalencia es muy elevada, aproximadamente el **52% de los varones** entre 40 y 70 años tienen algún **grado de DE**; mínima (17,2%), moderada (25,2%) y completa (9,6%) (3). Considerando el progresivo envejecimiento de la población, y la pérdida de tabúes respecto a la sexualidad, hay que considerar que la DE es un serio problema de salud pública, que se incrementará considerablemente en los próximos años (4). **La DE provoca alteraciones psicológicas**, principalmente ansiedad y pérdida de la autoestima, y afecta al bienestar y a la calidad de vida de las personas que lo padecen. Además, la DE puede estar originada por una serie de patologías, como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, dislipemia, tabaquismo, enfermedades neurológicas (ictus, enfermedades degenerativas, tumores SNC), tratamientos quirúrgicos y farmacológicos (antihipertensivos, antidepresivos, antipsicóticos, antiandrógenos), anatómicas (hipospadias, micropene, enfermedad de Peyronie), que **merman la calidad de vida del sujeto (5)**.

En los últimos años, se han producido diferentes avances en el campo de las **alternativas terapéuticas para la DE**, sin embargo, son varios los autores (6) (7) (8) que han corroborado que aún con estos avances, es todavía común que muchos de estos pacientes abandonen el tratamiento. Es importante, por tanto, valorar la efectividad de los tratamientos disponibles desde el punto de vista del paciente, mediante el uso de medidas de resultados sanitarios como el bienestar psicológico y el grado de satisfacción de los pacientes con su relación de pareja y con su calidad de vida en general (9) (10) (11) (12) (13)(23).

Actualmente, para **el diagnóstico de la DE** en las consultas de Urología/Andrología, el especialista elabora la historia clínica médica y la historia clínica sexual del paciente, dónde se recogen los datos relacionados con el tiempo de instauración y duración de la DE, rigidez en las erecciones, presencia de erecciones matutinas, deseo sexual, orgasmos, eyaculaciones, tratamientos previos. Esta anamnesis, se completa mediante el uso de instrumentos validados como el **cuestionario IIEF (International Index in Erectile Function)** y el cuestionario **SHIM (Sexual Health Inventory for Men)** que

sirven para categorizar la severidad de la DE y monitorizar la respuesta a los tratamientos (14). Con esta entrevista, se pretende identificar causas comunes de DE, problemas sexuales distintos a la DE, factores de riesgo reversibles de la DE y el estado psicosocial del paciente (15).

TRATAMIENTO DE LA DE

Dentro de las estrategias de tratamiento, se comienza tratando las causas “curables” de DE (psicógenas, hormonales, arteriogénicas), en caso de existir. Adicionalmente se recomienda realizar cambios en el estilo de vida y modificar factores de riesgo, y en función de las expectativas del paciente y su pareja, proporcionar educación y asesoramiento sexual... De acuerdo con los algoritmos terapéuticos actuales, se ofrecen las siguientes opciones de tratamiento:

■ Terapias farmacológicas:

- **Agentes orales** (inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 - IPDE-5-)
- **Agentes intracavernosos** (alprostadilo, fentolamina, papaverina, péptido intestinal vasoactivo).
- **Agentes intrauretrales** (alprostadilo). Medicamentos aplicados de forma tópica (alprostadilo tópico).

■ Dispositivos facilitadores:

- **Dispositivos o bombas de vacío** (Vacuum devices).
- **Dispositivos de constricción penéana.**

■ Intervenciones quirúrgicas:

- **Implantes protésicos.**
- **Cirugía vascular.**
- **Asesoramiento psico-sexológico** (cuando no se pueden encontrar causas orgánicas de la disfunción o se sospecha causa psicógena).

La Asociación Europea de Urología (European Association of Urology –EAU–) recomienda un inhibidor de la fosfodiesterasa de tipo 5 (i-PDE5) oral como tratamiento farmacológico de primera línea para la DE, a menos que esté contraindicado. (20)

La primera causa de falta de efecto es el uso inadecuado por parte del paciente, muchas veces por desconocimiento de las interacciones o del tiempo de acción de cada fármaco. Entre las razones relacionadas con el abandono del tratamiento están: **los efectos adversos, el miedo a los efectos secundarios o las contraindicaciones (16)**.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

La implantación de una consulta de enfermería especializada en andrología, mejora la adherencia y la satisfacción con los tratamientos para la DE en comparación con la práctica habitual y, por tanto, contribuye a incrementar los resultados de salud sobre los pacientes que la padecen.

OBJETIVOS.

Objetivo principal:

Evaluar el impacto de una consulta enfermera especializada en andrología en el tratamiento de la DE en varones adultos, en términos de adherencia al tratamiento y satisfacción, en comparación con la práctica habitual llevada a cabo en las consultas de urología.

Objetivos secundarios:

- **Evaluar la efectividad de terapias de vacío**, autoadministración de alprostadilo y seguimiento de pacientes portadores de prótesis peneana en cuanto a su adherencia.
- **Conocer la satisfacción del paciente** y pareja en el abordaje terapéutico de la DE desde el ámbito de la consulta enfermera en comparación con la práctica habitual.
- **Evaluar la efectividad del adiestramiento enfermero** en la autoadministración de tratamientos llevado a cabo en la consulta especializada de andrología que garantice una mayor adherencia terapéutica.

METODOLOGÍA.

1.- Diseño:

Ensayo clínico aleatorizado simple ciego.

2.- Población a estudio:

Pacientes atendidos en el Hospital Marqués de Valdecilla (HUMV), diagnosticados de DE refractaria a tratamientos clínicos de primera línea (iPDE5) o no candidatos a iPDE5.

■ Criterios de inclusión:

Varones mayores de edad (18 años), candidatos a terapia con: alprostadilo tópico, alprostadilo intracavernoso, terapia vacío, prótesis peneana.

■ Criterios de exclusión:

- Paciente varones en edad pediátrica (<18).
- Pacientes diagnosticados de DE con limitaciones cognitivas para entender o rellenar los cuestionarios autoadministrados.
- Pacientes que no acepten realizar el seguimiento propuesto.
- Pacientes que no acepten realizar la prueba terapéutica en consulta de Urología o Enfermería Urológica.
- Pacientes que rechacen participar en el estudio y/o firmar el Consentimiento Informado.
- Pacientes que no tengan pareja implicada en el proceso.

3.- Muestra y asignación de los pacientes:

Se trata de un proyecto de 2 años de duración, desde septiembre de 2021 a septiembre de 2023. En este tiempo, se reclutará una muestra adecuada de sujetos que aporte la mayor información posible. Teniendo en cuenta que por la consulta se inicia el seguimiento aproximadamente a unos 300 pacientes al año, estimamos una muestra aleatorizada de 150 pacientes para el grupo control (consulta urólogo) y 150 para el grupo experimental (consulta enfermería), con un cálculo de pérdidas en el seguimiento de aproximadamente un 10%-15%.

Tras considerar al paciente candidato a terapia con alprostadilo (tópico o intracavernoso) o dispositivo de vacío, el proceso de aleatorización se llevará a cabo a través de tablas de números aleatorios y la asignación de estos sujetos a cada grupo estará encubierta para el investigador. Los sujetos asignados al grupo control serán los pacientes tratados en la consulta de urología como práctica habitual en el tratamiento de la DE y, los pacientes del grupo intervención serán tratados en la consulta de enfermería urológica/andrología.

4.- Variables e instrumentos de medida:

■ 4.1.- Sociodemográficas y clínicas:

De cada paciente se recogerán los siguientes datos:

- Fecha de nacimiento y datos habituales de filiación.
- Fecha de la consulta de inicio de la terapia con alprostadilo/dispositivo de vacío.
- Altura (cm) y peso (kg).
- **Comorbilidades** (DM, HTA, patología cardíaca, prostatectomía radical)
- **Causa de la DE** (prostatectomía radical, traumatismo, causas médicas)

■ 4.2.- Variables de resultado:

Adherencia:

Se medirá a través de los cuestionarios:

- **International Index in Erectile Function (IIEF)** (14) previo al inicio con la terapia elegida, a los 4 meses y, al final del periodo de seguimiento. Se trata de un instrumento validado, que consta de 15 ítems.
- **Erection Hardness Store (EHS)** (21) previo al inicio con la terapia elegida, a los 4 meses, y al final del periodo de seguimiento. Se trata de un instrumento validado, que consta de una escala de cuatro puntos para describir las características de la erección.

Con la información que aportan los dos cuestionarios, categorizamos la severidad de la DE y de esta manera, monitorizaremos la respuesta a los distintos tratamientos.

Las puntuaciones de estos cuestionarios nos permitirán evaluar si, tras una adecuada información y adiestramiento en el manejo y utilización de las diferentes terapias para la DE, mejoran los resultados y, por tanto, el impacto de las intervenciones profesionales.

Satisfacción con el tratamiento:

Se medirá con el siguiente cuestionario:

- **Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction (EDITS)** (19) y se le facilitará, para su cumplimentación, al paciente y pareja al finalizar el periodo de seguimiento en ambos grupos para comparar sus puntuaciones finales. Se trata de un cuestionario psicométrico validado, que consta de 11 ítems con 5 opciones de respuesta.

5.- Proceso y seguimiento de los pacientes.

El proceso de seguimiento de todos los pacientes se llevará a cabo en tres visitas presenciales a partir de la valoración y diagnóstico por parte del urólogo para establecer la indicación de los tratamientos concretos.

- **1. Terapia con alprostadilo tópico (Virirec®):** La explicación de la forma de administración del alprostadilo tópico y la primera administración del mismo será realizada en una consulta de enfermería especializada.

La explicación de la forma de administración del alprostadilo tópico será realizada por el urólogo en una consulta.

- **2. Terapia con alprostadilo intracavernoso (Caverject®):** La explicación de la forma de administración del alprostadilo intracavernoso y la primera administración del mismo será realizada en una consulta de enfermería especializada.

La explicación de la forma de administración del alprostadilo intracavernoso y la primera administración del mismo será realizada por el urólogo en una consulta.

- **3. Terapia con dispositivo de vacío:** La explicación de la forma de uso del dispositivo de vacío y la primera utilización del mismo será realizada en una consulta de enfermería especializada. La explicación en la forma de uso del dispositivo de vacío, y la primera utilización del mismo será realizada por el urólogo en una consulta.

Aquellos pacientes sin resultado en la efectividad del tratamiento, serán valorados para otras alternativas terapéuticas y se considerarán pérdidas en el estudio por no haber completado el periodo de seguimiento.

6. Resultados esperados y conclusiones.

Los beneficios de este proyecto se podrían valorar en dos vertientes:

- **Beneficios clínicos.** Al demostrarse la hipótesis, el beneficio clínico de la implantación de una consulta de enfermería especializada será evidente para los pacientes. Se podría mejorar la efectividad de estas terapias mediante este programa orientado a aumentar la educación sanitaria y la aplicación de las primeras dosis de los tratamientos para la DE en la consulta de enfermería especializada. Nuestra hipótesis es que los resultados actuales mejorarán, y se evitará el abandono de los tratamientos por parte de los pacientes. Asimismo, esto mejorará la satisfacción de los pacientes con el tratamiento, lo cual supondrá una mejora de la calidad de la atención que ofrecemos.
- **Beneficios científicos.** La recogida de los datos clínicos y de los resultados obtenidos con este programa nos permitirá su análisis y determinar el impacto de nuevas competencias en las consultas especializadas. Esto nos servirá para profundizar en el conocimiento de los resultados obtenidos con estas terapias para la DE, y que factores –además de la educación en una consulta de enfermería (instruyendo o resolviendo dudas en su forma de aplicación) – pueden influir en la respuesta al tratamiento y en la adherencia al mismo. Del mismo modo, conocer las dificultades que se pueden presentar en la implantación de este programa, y los resultados obtenidos en un programa de estas características, puede ser muy relevante para su difusión y eventual implantación de programas similares en otros centros.

Una vez terminado el periodo del estudio, si el empleo de una consulta de enfermería especializada se muestra beneficioso, ésta se incluirá en el protocolo de manejo de estos pacientes por parte del Servicio de Urología del HUMV.

Los resultados obtenidos con este estudio, y el protocolo de atención implantado, serán difundidos para que otros centros puedan valorar su desarrollo, en caso de considerarlos beneficiosos para sus pacientes. Todo ello, además desde un punto de visto profesional, podría contribuir al desarrollo e implementación de competencias enfermeras en andrología que formaran parte de las ya reconocidas en las consultas de enfermería especializadas en urología.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **Impotence:** NIH Consensus Development Panel on Impotence. *Jama*. 1993;270(1):83-90.
- 2.- **J.M. Martínez-Jabaloyas, I. Moncada, L. Rodríguez-Vela, P.R. Gutiérrez, J. Chaves.** Evaluación de la autoestima en varones con disfunción eréctil tratados con sildenafil. Análisis de un grupo de pacientes españoles procedentes de un estudio multicéntrico internacional. *Actas Urol Esp*.2010;34(8):699-707.
- 3.- **Feldman Ha,** et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of urology*.1994 June;151(1):54-61.
- 4.- **Krane RJ, Goldstein I, Saenz de Tejada I.** Impotence. *N Engl J Med*. 1989;321:1648-59.
- 5.- **Fugl-Meyer AR, Lodnert G, Branholm IB, Fugl-Meyer KS.** On life satisfaction in male erectile dysfunction. *Int J impot Res*. 1997;9:141-8.
- 6.- **Althof SE.** When an erection alone is not enough: biopsychosocial obstacles to lovemaking. *Int J Impot Res* 2002;Suppl. 1:S99-104.
- 7.- **Montorsi F, Althof SE.** Partner responses to sildenafil citrate (Viagra) treatment of erectile dysfunction. *Urology*. 2004;63(4): 762-767.
- 8.- **Mccullough AR, Barada JH, Fawzy A, Guay AT, Hatzichristou D.** Achieving treatment optimization with sildenafil citrate (Viagra) in patients with erectile dysfunction. *Urology*. 2002; 60(2 Suppl 2):28-38.
- 9.- **Duncan C, Omran GJ, Teh J, Davis NF, Bolton DM, Lawrentschuk N.** Erectile dysfunction: a global review of intracavernosal injectables. *World J Urol*. 2019 Jun;37(6):1007-1014.
- 10.- **Puigvert AM, Prieto R, García F.** Continuous use of PDE5 inhibitors in the treatment of erectile dysfunction: New insights and opportunities. *Rev Int Androl*. 2018 Jan-Mar;16(1):28-33.
- 11.- **Panach-Navarrete J, Morales-Giraldo A, Ferrandis-Cortés C, García-Morata F, Pastor-Lence JC, Martínez-Jabaloyas JM.** Satisfaction and treatment adherence in erectile dysfunction in the medium and long term. *Actas Urol Esp*. 2017 May;41(4):258-266.
- 12.- **Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Montorsi F, Vardi Y, Wespes E;** European Association of Urology. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol*. 2010 May;57(5):804-14.
- 13.- **Paige NM, Hays RD, Litwin MS, Rajfer J, Shapiro MF.** Improvement in emotional well-being and relationship of users of sildenafil citrate. *J Urol*. 2001;166(5):1774-1778.
- 14.- **Rosen RC,** et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997 ;49(6):822-30.
- 15.- **DeBusk R,** et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease : recommendations of The Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol*;2000;86(2):175-81.
- 16.- **Becher E.** Topical alprostadil cream for the treatment of erectile dysfunction. Expert opinion on pharmacotherapy.2004;5(3):623-632.
- 17.- **Moncada I,** et al. Clinical efficacy and safety of Vitaros®(Alprostadil cream) for the treatment of erectile dysfunction. *Urologia Journal*.2015 March;82(2):84-92.
- 18.- **Burnett AL.** Evaluation and management of erectile dysfunction. *Campbell-Walsh Urology*. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier;2012.
- 19.- **Althof SE, Corty EW, Levine SB, Levine F, Burnett AL, McVary K,** et al. EDITS: development of questionnaires for evaluating satisfaction with treatments for erectile dysfunction. *Urology*. 1999 Apr; 53(4):793-9.
- 20.- **A. Salonia (Chair), C. Bettocchi, J. Carvalho, G. Corona, T.H. Jones, A. Kadioglu, I. Martínez-Salamanca, S. Minhas (Vice-Chair), E.C. Serefoğlu, P. Verze.** European Association of Urology. Sexual and Reproductive Health Guidelines 2020. EAU Guidelines Office, Amstern, The Netherlands, 2020. Disponible en: http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/ISBN_978-94-92671-07-3.
- 21.- **García-Cruz E, Romero Otero J, Martínez Salamanca JI, Leibar Tamayo A, Rodríguez Antolín A, Astobieta Odriozola A, and Alcaraz A.** Linguistic and psychometric validation of erection hardness score to Spanish. *J Sex Med* 2011;8:470-74.
- 22.- **Medina-Polo J, García-Gómez B, Alonso-Isa M, Romero-Otero J.** Clinical guidelines on erectile dysfunction surgery: EAU-AUA perspectives. *Actas Urol Esp*. 2020 Jun;44(5):289-293.
- 23.- **Martín-Morales A, Gutiérrez Hernández PR, Meijide Rico F, Arrondo Arrondo JL, Turbí Disla C.** Effectiveness and treatment satisfaction in patients with erectile dysfunction in Spain: EDOS study. *Actas Urol Esp*. 2010 Apr;34(4):356-64.