



REVISIONES

Intervenciones de enfermería en pacientes con disfunción eréctil después de prostatectomía radical: una revisión integral

Intervenções de enfermagem para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical: revisão integrativa

Nursing interventions for patients with erectile dysfunction after radical prostatectomy: an integrative review

***Appoloni Eduardo, Aline Helena **Napoleão, Anamaria Alves *Carvalho, Emilia Campos de**

*Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo EERP-USP. E-mail: aline-12@hotmail.com **Universidad Federal de São Carlos – UFSCar. Brasil.

Palabras clave: disfunción eréctil; prostatectomía; cuidados de enfermería; intervención de enfermería

Palavras chave: disfunção erétil; prostatectomia; cuidado de enfermagem; intervenção de enfermagem

Keywords: erectile dysfunction; prostatectomy; nursing care; nursing intervention.

RESUMEN

Este estudio tuvo como **objetivo** identificar las intervenciones de enfermería en pacientes sometidos a prostatectomía radical. Se trata de una revisión integradora guiada por la pregunta "¿Cuáles son las intervenciones de enfermería dirigidas a pacientes con disfunción eréctil después de una prostatectomía radical?" buscado en PubMed, Web of Science, CINAHL, Scopus, Cochrane Library, LILACS y en la lista de las referencias de los artículos seleccionados. Compusieron la muestra final 10 artículos y 43 intervenciones de enfermería fueron identificadas y agrupadas en 10 categorías. Las intervenciones de enfermería para pacientes con disfunción eréctil después de prostatectomía radical se centraron en la educación sobre la naturaleza de la disfunción eréctil, el tratamiento y la sexualidad; además de fortalecer el compromiso de las esposas durante el proceso de abordaje y tratamiento de la disfunción. Estas intervenciones pueden ser útiles para que las enfermeras puedan actuar durante el seguimiento de estos pacientes, proporcionando una mejor calidad de vida y bienestar.

RESUMO

Este estudo teve o **objetivo** de identificar intervenções de enfermagem para pacientes submetidos a prostatectomia radical. Trata-se de uma revisão integrativa norteada pela questão "Quais são as intervenções de enfermagem direcionadas aos pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical?", realizada nas bases PubMed, Web of Science, CINAHL, SCOPUS, Biblioteca Cochrane, LILACS e na lista de referências a partir dos artigos selecionados. Compuseram a amostra final 10

artigos e 43 intervenções de enfermagem foram identificadas e agrupadas em 10 categorias. As intervenções de enfermagem para pacientes com disfunção erétil após prostatectomia radical concentraram-se na educação acerca da natureza da disfunção erétil, tratamento e sexualidade; além de fortalecerem o envolvimento das esposas durante o processo de enfrentamento e tratamento da disfunção. Estas intervenções poderão ser úteis para que enfermeiros possam atuar durante o acompanhamento destes pacientes, proporcionando melhora da qualidade de vida e bem-estar

ABSTRACT

This study **aimed** to identify nursing interventions for patients undergoing radical prostatectomy. This is an integrative review, guided by the question "What are the nursing interventions directed to patients with erectile dysfunction after radical prostatectomy?", held on the databases PubMed, Web of Science, CINAHL, SCOPUS, Cochrane Library, LILACS and on the list of references of selected articles. The final sample was comprised of 10 papers; 43 nursing interventions were identified and grouped in 10 categories. The nursing interventions for patients with erectile dysfunction after radical prostatectomy focused on the education regarding the nature of erectile dysfunction, treatment and sexuality; besides strengthening the involvement of partners during the process of coping with and treating the dysfunction. These interventions may be useful so that nurses can act during the follow-up of these patients, providing better quality of life and well-being.

INTRODUCCIÓN

Se estima que en los años 2014 y 2015 el cáncer de próstata fue el de mayor incidencia en la población brasileña con 69 mil nuevos casos, sin considerar los tumores de piel no melanoma. Estos datos corresponden a la aparición de cerca de 70 casos nuevos por cada 100 mil hombres. Sin embargo, si es diagnosticado y tratado precozmente presenta un buen pronóstico y elevada supervivencia del paciente tratado.⁽¹⁾

El tratamiento del cáncer de próstata se basa en el grado y estadio del tumor, en la expectativa de vida del paciente, en las preferencias del paciente y médico, variando entre prostatectomía radical, radioterapia, braquiterapia, tratamiento hormonal y espera vigilante.⁽²⁻⁴⁾ La prostatectomía radical (PR) es una opción terapéutica eficiente para el tratamiento del cáncer de próstata clínicamente localizado en estadios iniciales y para pacientes que tienen expectativa de vida en torno a 10 años.^(2,4-6) El acompañamiento a largo plazo de pacientes sometidos a este abordaje quirúrgico evidenció supervivencia libre de progresión de la enfermedad en torno al 80% durante los cinco años tras la cirugía y 69% a los 10 años.⁽⁴⁾

La principal desventaja de la realización de la PR es la ocurrencia de complicaciones como incontinencia urinaria y disfunción erétil que afectan considerablemente la calidad de vida de los pacientes operados.⁽⁵⁻⁸⁾ La aparición de estas complicaciones en el postoperatorio de prostatectomías radicales está relacionada con relatos de los pacientes de arrepentimiento en realizar el procedimiento.⁽⁹⁾

Estudios recientes señalan la ocurrencia de incontinencia urinaria en torno al 70% y de disfunción erétil en 68%.^(10, 11)

La disfunción erétil se refiere a la incapacidad continuada de tener y/o mantener una erección peniana para una relación sexual satisfactoria.⁽¹²⁾ El desarrollo de la disfunción erétil tras PR está relacionada con lesiones de haces nerviosos, lesiones arteriales y músculo liso^{6,10,13}. Se destaca que la regresión de la disfunción erétil tras la prostatectomía radical depende del grado de reversibilidad de estas lesiones.⁽¹⁰⁾

La completa recuperación de la disfunción eréctil, cuando ocurre, es lenta y tiene el tiempo como factor decisivo; hay testimonios en la literatura de que la recuperación sucede en torno a 18 meses después de la cirugía.^(6,8,13) Ante esto, es importante el riguroso acompañamiento de los pacientes que se encuentran en recuperación de disfunción eréctil ocasionada por prostatectomía radical para implementación de estrategias que establezcan rehabilitación sexual precoz, ya que contribuyen a la recuperación espontánea de la disfunción eréctil, respuestas a terapia medicamentosa y mejora del estado psicológico.⁽¹³⁾

Son muchos los esfuerzos y estudios que promueven la recuperación completa de la función eréctil en la actualidad. Las principales formas de tratamiento actual están fundamentadas en la terapia oral (inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5), inyecciones intracavernosas (sustancias vasoactivas), inyecciones intrauretrales, dispositivos de vacío para erección, extensores del pene, tratamientos combinados, tratamientos experimentales y cirugías.^(7,10,13)

Incorporar estas modalidades de tratamiento por sí solo en la rehabilitación de la función eréctil puede estar relacionado con resultados poco satisfactorios, ya que en esta fase se requiere orientación rigurosa a los pacientes y a sus parejas sobre el tratamiento y sus efectos, así como motivación, conocimiento, confianza e implicación de ambos durante la rehabilitación.⁽⁷⁾ Ante esto, el acompañamiento multiprofesional de la pareja, programas educativos y desarrollo de *guidelines* son esenciales para la rehabilitación de la función eréctil y para superar los efectos de esa complicación en la vida de estos pacientes.

Los cuidados y estrategias para tratamiento de la disfunción eréctil son extremadamente necesarios, pues problemas relacionados con la sexualidad son responsables de alteraciones en la calidad de vida, autoestima, salud en general y de las condiciones psicológicas tanto de los propios pacientes como de sus parejas. Es importante insistir en que actualmente como consecuencia de la detección precoz del cáncer de próstata en la población ocurre entre individuos jóvenes que son sexualmente activos y están interesados en continuar el tratamiento del cáncer, por tanto estas cuestiones merecen atención especial en el periodo postoperatorio.⁽⁷⁾

Incorporar intervenciones dirigidas a la rehabilitación de la función eréctil durante el acompañamiento o planificación del alta del pacientes en postoperatorio de PR debe ser un tópico a considerar por los enfermeros, ya que pueden proporcionar efectos positivos a esta población al subsanar posibles lagunas afrontadas por estos entre el tratamiento hospitalario y la vida diaria.^(14,15)

La identificación de diagnósticos de enfermería relacionados con las alteraciones de la función eréctil dirigirá el cuidado individualizado enfocado a las necesidades específicas de los pacientes sometidos a cirugía de próstata y que sufren de esta complicación. En la clasificación de diagnósticos de enfermería de la *NANDA-International, Inc* esta condición está representada por el diagnóstico Disfunción sexual (00059).⁽¹⁶⁾ Como principal intervención de enfermería propuesta para este diagnóstico en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (*Nursing Intervention Classification – NIC*) se encuentra el Asesoramiento sexual (5248) que se refiere al “uso de un proceso interactivo de ayuda enfocada a la necesidad de hacer ajustes en la práctica sexual o en la mejora del enfrentamiento de evento/trastorno sexual”.⁽¹⁷⁾ Las actividades presentadas en esta intervención no están directamente dirigidas a

los problemas específicos de la disfunción eréctil, antes es importante identificar acciones de enfermería específicas para esta complicación derivada de la PR.

Por tanto, este estudio tiene como objetivo identificar en la literatura científica de enfermería las acciones de enfermería dirigidas a pacientes con disfunción eréctil tras prostatectomía radical.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de una revisión integral de la literatura para acceder a las evidencias disponibles en la literatura de enfermería sobre las acciones específicas a los pacientes con disfunción eréctil tras PR. Este modelo de revisión consiste en un método de investigación que resume las evidencias de un determinado asunto para la obtención de conclusiones generales sobre él. Fue desarrollado siguiendo etapas distintas: elaboración de la pregunta de investigación, muestreo, análisis de los estudios, evaluación de los estudios primarios incluidos, análisis y síntesis de los resultados de la revisión y presentación de la revisión.⁽¹⁸⁾

Esta revisión se desarrolló apoyada en la siguiente pregunta norteadora: “¿Cuáles son las intervenciones de enfermería dirigidas a los pacientes con disfunción eréctil tras prostatectomía radical?”.

La investigación de los artículos se realizó online, en el mes de mayo de 2015, en las bases electrónicas PubMed (National Library of Medicine and National Institutes of Health), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Web of Science, Scopus, Biblioteca Cochrane y Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). También se realizó busca manual por artículos a partir de la lista de referencias de los artículos seleccionados en la revisión.

Para el levantamiento de los estudios se utilizaron los descriptores controlados provenientes del vocabulario MeSH del U.S. National Library of Medicine (NLM): *erectile dysfunction*, *prostatectomy*, *nursing care* y *nursing intervention*. Los operadores booleanos AND y OR se emplearon para posibilitar la realización de combinaciones entre los descriptores durante la busca de los estudios, siendo AND una combinación restrictiva y OR una combinación aditiva. Los descriptores relacionados con la asistencia de enfermería se agruparon empleándose el operador OR como: *nursing care* OR *nursing intervention*. El operador booleano AND se utilizó entre los descriptores *erectile dysfunction*, *prostatectomy* y agrupamiento de los demás descriptores.

Se incluyeron artículos que presentasen posibles intervenciones de enfermería a los pacientes con disfunción eréctil tras ser sometidos a prostatectomía radical. Los artículos que abordasen resultados provenientes de protocolos de cuidados o tratamiento, revisiones, libros, tesis y disertaciones fueron excluidos. No se estipuló límite de año de publicación de estudios ni tampoco tipo de lengua de los mismos.

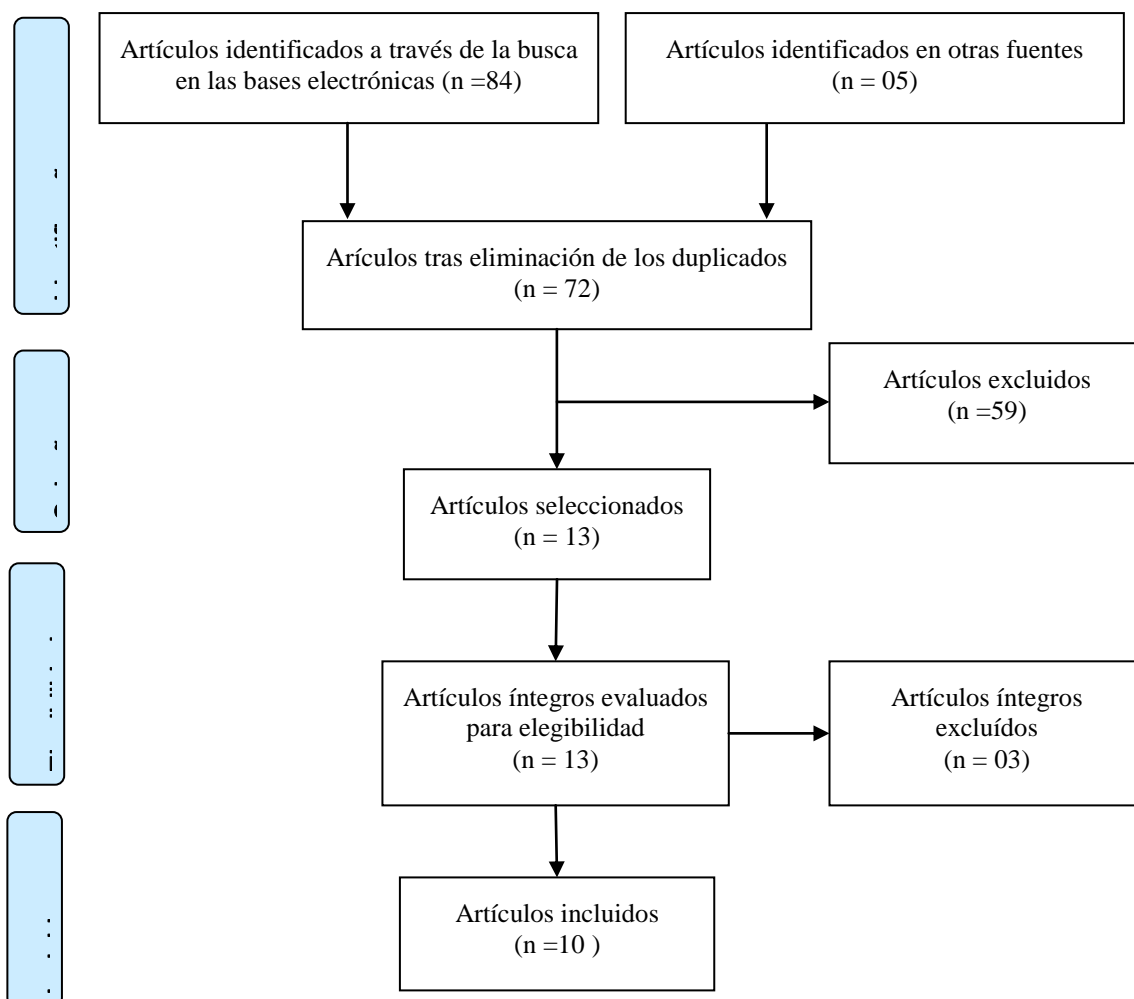
A partir de las estrategias de busca en cada base electrónica, los títulos y resúmenes eran leídos; caso de que el resumen no estuviese disponible se buscó el artículo íntegro para proseguir el análisis del estudio. Cuando el artículo atendía al criterio establecido era seleccionado para componer la muestra de los artículos analizados.

En total se encontraron 84 estudios en las bases de datos electrónicas, siendo 48 provenientes de la PubMed, 18 de la Web of Science, 6 de la Biblioteca Cochrane, 5 de la CINAHL, 5 de SCOPUS y 2 de LILACS. Destaca que cinco artículos fueron incluidos en la revisión a partir de la busca realizada en la lista de referencias bibliográficas de los artículos seleccionados. Totalizando así 89 artículos identificados.

Tras la eliminación de los artículos duplicados (17 artículos) entre las bases electrónicas resultaron 72 que tenían analizados sus títulos y resúmenes. 52 fueron excluidos en esta fase por motivos diversos, por tratarse de estudio de revisión (25), estudios que indagaron la experiencia de pacientes y parejas que experimentaban disfunción eréctil tras prostatectomía radical (10), estudios que tenían como tema la calidad de vida tras la prostatectomía radical (05), estudios que describían las principales complicaciones tras cirugía de prostatectomía radical (05), intervenciones que no eran específicas de enfermería (04), intervenciones de incontinencia urinaria (03), descripción de la frecuencia de la disfunción eréctil tras la cirugía (04), editorial (01) e intervenciones para disfunción eréctil tras radioterapia (02).

Los trece artículos restantes se analizaron íntegramente y tres de estos fueron excluidos por no describir la intervención para rehabilitación de la disfunción eréctil (03). El proceso de selección de los artículos está ilustrado en la figura 1, que fue adaptado de la *guideline* PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*).⁽¹⁹⁾

Figura 1. Flujograma del proceso de selección de los artículos de la revisión.



Para la extracción de los datos, los artículos seleccionados fueron accedidos íntegramente. Se procedió a la lectura y registros de los datos en formulario construido en el *MS Word* considerando la identificación del artículo (referencia, datos sobre el primer autor y área temática del estudio, idioma y país donde el estudio fue desarrollado), objetivo del estudio, detalle metodológico (tipo de estudio, estrategias de muestreo, colecta de datos, tamaño de la muestra, forma de análisis de los datos), resultados con anotación de las intervenciones de disfunción eréctil y principales conclusiones. Además de esto, se evaluaron los niveles de evidencia de cada estudio⁽²⁰⁾ y la calidad de los estudios clínicos aleatorios específicamente por medio de la puntuación de Jadad⁽²¹⁾.

La puntuación de Jadad permite el análisis de la calidad metodológica de los estudios clínicos; se atribuye un punto a cada una de las características presentes en el estudio: asignación al azar, ciego y descripción de las exclusiones y pérdidas de la muestra; si asignación al azar y ciego son considerados adecuados se suma un punto más y caso se considere inadecuado se resta un punto de cada ítem. El marcador de Jadad varía entre cero y cinco, las puntuaciones ≥ 3 representan adecuada calidad metodológica de los estudios.⁽²¹⁾

La síntesis de los resultados de la revisión fue establecida de forma descriptiva, una vez que se adoptaron resultados procedentes de diversos diseños de investigación. Este abordaje permitió categorizar los temas de las intervenciones y orientación de estas (específicas a los pacientes o parejas).

RESULTADOS

Los 10 artículos analizados se publicaron en lengua inglesa y en periódicos extranjeros, siendo nueve de los Estados Unidos⁽²²⁻³⁰⁾ y uno de Europa⁽³¹⁾. La mayoría de las investigaciones se realizó en los Estados Unidos (07)⁽²⁵⁻³¹⁾, seguido de Taiwan⁽²²⁾, España⁽²³⁾ e Italia⁽²⁴⁾ con una publicación cada uno. En seis artículos los primeros autores eran enfermeros^(22,23,26,27,29,30) en tres psicólogos^(25,28,31) y en uno médico⁽²⁴⁾, sin embargo en todos los trabajos las intervenciones identificadas fueron desarrolladas por enfermeros. El periodo de publicación de los artículos varió entre los años 2001 y 2012.

En cuanto al diseño metodológico de los estudios analizados seis de ellos eran ensayos clínicos aleatorizados controlados^(22,24,26-28,31), un estudio cualitativo⁽²⁹⁾, dos estudios descriptivos^(23,25) y un relato de experiencia de expertos en el área de enfermería urológica⁽³⁰⁾.

El nivel de evidencias identificado en los estudios varió entre II (evidencias provenientes de ensayos clínicos aleatorizados bien diseñados), VI (evidencias provenientes de estudios descriptivos o cualitativos) y VII (relatos de comité de expertos).⁽²⁰⁾ De esta forma, seis estudios tienen nivel de evidencia II, tres tienen nivel de evidencia VI y uno nivel de evidencia VII. Entre los ensayos clínicos, dos estudios presentaron una puntuación de Jadad igual a cinco, y dos puntuación tres, lo que caracteriza estudios de buena calidad metodológica; dos estudios obtuvieron puntuación de Jadad igual a uno lo que significa calidad metodológica comprometida.⁽²¹⁾

El cuadro I ilustra las principales informaciones de los artículos analizados en esta revisión respecto de las cuestiones metodológicas, intervenciones de disfunción eréctil empleadas en cada estudio, principales resultados, conclusiones y limitaciones.

Cuadro I. Características metodológicas, intervenciones de enfermería de disfunción eréctil, principales resultados, conclusiones y limitaciones de los estudios analizados.

Características de los estudios	Muestra	Principales resultados	Conclusiones y Limitaciones
<ul style="list-style-type: none"> Weber et al., 2004 Ensaio clínico randomizado controlado NE II J* 1 	<ul style="list-style-type: none"> 30 hombres prostatectomizados radicales Grupo intervención (GI): reuniones con pacientes sometidos al mismo tratamiento para discusión (N=15). Grupo control (GC): cuidado usual (N=15). 	<ul style="list-style-type: none"> Intervención proporcionó mejora en el malestar sexual al final ($p \leq 0,05$). La intervención tuvo un fuerte efecto sobre la depresión en 4 semanas (Effect Size = 0,99), mas fue pequeña para la auto eficacia (0,20) y soporte social (0,30). 	<ul style="list-style-type: none"> El apoyo ofrecido por pacientes que ya pasaron por cirugía de próstata mostró efectos satisfactorios, especialmente en la reducción de la depresión y aumento de la autoeficacia. Limitaciones: número reducido de la muestra, instrumento de colecta de datos puede haber ejercido confusión en las respuestas de los pacientes.
<ul style="list-style-type: none"> Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001 Pesquisa qualitativa NE VI 	<ul style="list-style-type: none"> 20 parejas Análisis de los discursos basados en la Teoría Fundamentada en los Datos. 	<ul style="list-style-type: none"> Se identificaron temas relacionados con el trabajo específico del hombre para readquirir el control de la situación y de la esposa para ayudarlo a pasar por este problema y también de la pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> Intervenciones de enfermería que promuevan conocimiento, habilidades en cuanto al autocuidado, apoyo emocional y reducción de la ansiedad tras PR son fundamentales para la habilidad de los enfermeros que asisten a los pacientes prostatectomizados y sus esposas. No se mencionaron limitaciones de este estudio.
<ul style="list-style-type: none"> Lombraña et al., 2012 Estudo descriptivo NE VI 	<ul style="list-style-type: none"> 114 hombres prostatectomizados radicales. Aplicación de un programa educativo para pacientes con disfunción eréctil para enseñanza de la disfunción y tratamiento, escucha activa y consulta con un equipo de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> La evaluación del paciente en cuatro momentos (antes de la cirugía, antes del alta, un mes después de la retirada de la sonda vesical y 12 meses tras la cirugía) permitió identificar la progresión de la mejora de la función eréctil y satisfacción entre los pacientes tratados. 	<ul style="list-style-type: none"> Educación proporcionada por el enfermero tiene un papel fundamental en la detección, acompañamiento de la disfunción eréctil y adhesión al tratamiento. Un programa de cuidados de enfermería puede ayudar a minimizar la disfunción eréctil y permitir que el paciente se adapte a su nueva situación. No se mencionaron limitaciones de este estudio.
<ul style="list-style-type: none"> Monturo et al., 2001 Relato de experiencia de comité de expertos NE VII 	<ul style="list-style-type: none"> Cinco expertos describieron sus experiencias con el tratamiento de pacientes con disfunción eréctil tras PR. 	<ul style="list-style-type: none"> Los expertos describieron los pasos fundamentales del protocolo construido e implementado por ellos, así como enseñanzas aprendidas durante este proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> El consejo sexual ofrecido por profesionales, como enfermeros, puede proporcionar a la pareja condiciones para reconstruir su relación. No se mencionaron limitaciones de este estudio.
<ul style="list-style-type: none"> Lin et al., 2012 Ensaio clínico randomizado controlado NE II J* 3 	<ul style="list-style-type: none"> 62 hombres prostatectomizados radicales. GI: programa de entrenamiento para musculatura del suelo pélvico (N=35) GC: aula sobre anatomía de la próstata, PR y relación de la cirugía con la disfunción eréctil (N=27). 	<ul style="list-style-type: none"> Todos los participantes presentaron disfunción sexual grave en el primer mes tras la cirugía. A los 3, 6, 9 y 12 meses, las tasas de prevalencia de disfunción sexual fueron 94,3%, 88,6%, 82,9%, y 65,7% en el GI, y 100%, 100%, 96,3% y 92,6% en el control. El GI presentó mejora ($p < 0.05$) en la función eréctil tras 6 y 12 meses, el grupo control no presentó ($p > 0.05$). 	<ul style="list-style-type: none"> La intervención es eficaz para disfunción sexual en pacientes sometidos a prostatectomía. Limitaciones: muestra proveniente de un único centro, cuatro cirujanos realizaron la PR, no se compararon efectos de otros tratamientos en la disfunción eréctil, corto tiempo de seguimiento, solamente se preguntó al paciente si estaba realizando los ejercicios y no se consideraron aspectos importantes para la función sexual masculina.

<ul style="list-style-type: none"> • Lepore et al., 2003 • Ensaio clínico randomizado controlado • NE II • J* 5 	<ul style="list-style-type: none"> • 250 hombres prostatectomizados radicales. • GI 1: intervención educativa grupal (N=84). • GI 2: intervención educativa grupal con facilitadores para discusión de dudas y conocimientos (N=86). • GC: cuidado estandar (N=80). 	<ul style="list-style-type: none"> • La intervención en GI 1 y 2 aumentó el conocimiento de los pacientes en comparación a los pacientes del grupo control (p<0.01). • GI2 presentaron mejores niveles de comportamiento saludable (p<0.01), a los 6 meses los pacientes del GC tuvieron menos hábitos saludables que los otros grupos. • Se identificó efecto positivo de las intervenciones en el funcionamiento urinario (p<0.01) e sexual (p<0.05). 	<ul style="list-style-type: none"> • Las intervenciones educativas en grupo tuvieron éxito en la mejora de la calidad de vida en hombres tratados de cáncer de próstata localizado. • Los beneficios específicos de las intervenciones incluyeron el aumento del conocimiento sobre el cáncer de próstata, adopción de comportamientos saludables, mejoría en el funcionamiento físico general y disfunción sexual. • Limitaciones: efectos relativamente pequeños sobre variables analizadas,
<ul style="list-style-type: none"> • Canada et al., 2005. • Estudio descriptivo • NE VI 	<ul style="list-style-type: none"> • 84 sujetos (de estos, 35 estaban acompañados de las esposas) • Grupo 1: asesoramiento sexual solamente para los hombres (N=46) • Grupo 2: asesoramiento sexual para parejas (N=35) 	<ul style="list-style-type: none"> • No se identificaron alteraciones en las medidas analizadas entre los dos grupos, sin embargo, los autores observaron mejora de estas con el paso del tiempo de evaluación (6 meses). • También se observó mejora en la adhesión al tratamiento medicamentoso en ambos grupos (p=0.003). 	<ul style="list-style-type: none"> • La intervención produjo cambios positivos en la función sexual y satisfacción de los participantes, así como un aumento significativo en el seguimiento médico y tratamiento quirúrgico para disfunción eréctil. • La presencia de la esposa en las sesiones de asesoramiento no pareció afectar al resultado. • Limitaciones: pérdidas durante el acompañamiento.
<ul style="list-style-type: none"> • Giesler et al., 2005. • Ensaio clínico controlado randomizado • NE II • J* 5 	<ul style="list-style-type: none"> • 99 parejas • GI: programa de orientación y discusión sobre cáncer de próstata en el domicilio (N=48) • GC: cuidado estandar (N=51). 	<ul style="list-style-type: none"> • Parejas del GI presentaron mejora en el funcionamiento sexual, reportaron menor efecto de los problemas sexuales en el desempeño de papeles y mayor satisfacción con los compañeros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones de acompañamiento orientadas por los enfermeros pueden mejorar la calidad de vida de los hombres que se someten a tratamiento para el carcinoma de próstata. • Limitaciones: número reducido de la muestra, no se especifican los pasos para control de errores tipo II, efecto placebo en los pacientes que conocían participar de la intervención y baja adhesión de los sujetos.
<ul style="list-style-type: none"> • Titta et al., 2006 • Ensaio clínico controlado randomizado • NE II • J* 1 	<ul style="list-style-type: none"> • 56 parejas • GI: tratamiento con inyecciones intracavernosas de prostaglandina E1 y asesoramiento sexual (N=29) • GC: solamente inyecciones intracavernosas de prostaglandina E-1 (N=27) 	<ul style="list-style-type: none"> • La adhesión a los tratamientos propuestos fue mayor entre los pacientes del GI (p<0,05), así como la función eréctil durante todo el seguimiento (18 meses) (p<0.05). • Los pacientes del GI presentaron mejora de la sexualidad (p<0.05). 	<ul style="list-style-type: none"> • La intervención señaló los mejores resultados en términos de calidad de las erecciones, sexualidad, satisfacción de las parejas y adhesión al tratamiento. • No se mencionaron limitaciones de este estudio.
<ul style="list-style-type: none"> • Molton et al., 2008 • Ensaio clínico controlado randomizado • NE II • J* 3 	<ul style="list-style-type: none"> • 101 hombres prostatectomizados radicales. • GI: asesoramiento sobre disfunción eréctil (10 semanas) (N=60). • GC: orientaciones sobre la función eréctil en formato de charla (N=41). 	<ul style="list-style-type: none"> • Los individuos con mayor sensibilidad interpersonal eran más propensos a ver la disfunción sexual como una amenaza a la identidad masculina (r = 0,29, p <0,05). • GI presentó mejora de 37,4% en el funcionamiento sexual, mientras que los del GC presentaron mejora de 11,5%. 	<ul style="list-style-type: none"> • La intervención fue eficaz en promover la recuperación del funcionamiento sexual para todos los participantes. • Limitaciones: compañeras no fueron evaluadas, las medidas no fueron tomadas durante el periodo de la intervención, poco contacto con informaciones de los participantes del grupo control.

*J= Escore de Jaddad

En la mitad de los artículos (05), solamente los pacientes fueron el foco de las intervenciones de enfermería^(22,27,28,31), en la otra parte las intervenciones fueron

dirigidas a la pareja, o sea, las intervenciones implicaron a las esposas o compañeras en los estudios^(24-26,29,30).

En tres de los artículos analizados fue descrita la definición de disfunción eréctil adoptada en el estudio^(22,24) Esta definición fue común para los tres trabajos.

En total se identificaron 43 intervenciones de enfermería en la muestra de estudios y agrupadas de acuerdo con temas comunes, en categorías orientadas tanto para el paciente como para la pareja, y dirigidas al apoyo y a la enseñanza predominantemente. Las intervenciones agrupadas en los respectivos temas se presentan en el Cuadro II.

Cuadro II. Intervenciones de enfermería a pacientes con disfunción eréctil tras prostatectomía radical.

Intervenciones de enfermería	Autores, Año y NE
Apoyo al paciente	
Promover discusión de los problemas con la disfunción eréctil con otros pacientes que experimentaron los mismos problemas por medio de encuentros individualmente.	• Weber et al., 2004; Lepore et al., 2003. • NE II (J1, 5)
Estimular a los pacientes a compartir sus preocupaciones respecto de la disfunción eréctil con otras personas, sean familiares, amigos o profesionales de la salud.	• Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001 • NE VI
Estimular la participación de los pacientes en redes de apoyo para pacientes con disfunción eréctil o problemas con la función sexual.	• Lepore et al., 2003; Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001; Monturo et al., 2001 • NE II (J5), VI, VII
Reforzar la importancia de preocupaciones con la sexualidad durante la recuperación de la cirugía de próstata.	• Monturo et al., 2001. • NE VII
Tratamiento de la disfunción eréctil	
Enseñar respecto al uso correcto de las medicaciones prescritas por el médico para tratamiento de la disfunción eréctil.	• Lombraña et al., 2012. • NE IV
Enseñar sobre las opciones de tratamiento para disfunción eréctil.	• Lombraña et al., 2012; Molton et al., 2008; Canada et al., 2005; Giesler et al., 2005. • NE II (J5, 3), IV
Enseñar sobre los efectos colaterales del tratamiento para disfunción eréctil.	• Lombraña et al., 2012; Canada et al., 2005. • NE IV
Realizar el entrenamiento del paciente y sus esposas/compañeras, cuando posible, para administraciones de inyecciones intracavernosas, cuando prescritas por el médico.	• Lombraña et al., 2012; Titta et al., 2006. • NE II (J1), IV
Preparación del ambiente para abordaje del paciente con disfunción eréctil	
Promover ambiente de apoyo para discusión de problemas relacionados con la disfunción eréctil.	• Weber et al., 2004. • NE II (J1)
Mantener una atmósfera relajada durante el diálogo con el paciente.	• Lombraña et al., 2012. • NE IV
Crear un ambiente confortable, respetuoso y privado para iniciar la conversación sobre problemas relacionados con la disfunción eréctil.	• Molton et al., 2008; Lepore et al., 2003; Monturo et al., 2001 • NE II (J5, 3), VII
Respeto a la individualidad del paciente	
Determinar el foco de la conversación de acuerdo con la necesidad del paciente.	• Weber et al., 2004. • NE II (J1)
Comprender las circunstancias personales de cada paciente para entonces proporcionar soluciones y tratamientos específicos para cada caso.	• Lombraña et al., 2012. • NE IV
Obtener consentimiento de los pacientes para discutir sobre la función sexual.	• Monturo et al., 2001. • NE VII
Comprender los valores personales, influencias culturales y mitos presentados por los pacientes o parejas, pues pueden ser barreras para iniciar discusión sobre la sexualidad.	• Monturo et al., 2001. • NE VII
Cuidados específicos para la pareja	
Implicar a las esposas/compañeras en las intervenciones dirigidas a la disfunción eréctil.	• Titta et al., 2006; Giesler et al., 2005; Canada et al., 2005; Lepore et al., 2003, Maliski;

	Heilemann; McCorkle, 2001; Monturo et al., 2001. • NE II (J5, 1), VI, VII
Promover la participación de las esposas/compañeras en redes de apoyo para tratar su ansiedad y ayudarlas a resolver cuestiones relacionadas con la disfunción eréctil.	• Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001 • NE VI
Proporcionar informaciones a los pacientes y esposas de que la disfunción eréctil es una complicación de la cirugía y no está relacionada con la pérdida de deseo de la pareja.	• Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001 • NE VI
Enseñar a paciente y compañeras sobre la importancia de mantener la intimidad de la pareja incluso antes de la disfunción eréctil.	• Canada et al., 2005; Monturo et al., 2001; Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001. • NE VI, VII
Estimular a las parejas a conversar sobre sus sentimientos y perspectivas respecto de la disfunción eréctil.	• Titta et al., 2006; Giesler et al., 2005; Canada et al., 2005; Monturo et al., 2001; Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001 • NE II (J5, 1), VI, VII
Estimular la verbalización de las parejas sobre cuestiones que afectan a la intimidad.	• Giesler et al., 2005; Canada et al., 2005; Monturo et al., 2001; Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001. • NE II (J5), VI, VII
Implicar a la esposa, cuando posible, en la toma de decisión para la consulta con especialista.	• Lombraña et al., 2012. • NE IV
Obtener junto a la pareja un histórico breve sobre la función sexual de los mismos, para proponer opciones de tratamiento realistas para cada circunstancia.	• Lin et al., 2012; Titta et al., 2006; Canada et al., 2005; Monturo et al., 2001. • NE II (J3,1), VI VII
Encaminamiento a otros profesionales de la salud	
Auxiliar la decisión del paciente de buscar un médico especialista para evaluación y tratamiento de la disfunción eréctil.	• Lombraña et al., 2012 • NE IV
Dirigir a un especialista cuando identificada intención de tratamiento de disfunción eréctil	• Lombraña et al., 2012 • NE IV
Encaminar para la realización de terapia sexual, cuando identificada necesidad e interés del paciente/pareja.	• Canada et al., 2005. • NE VI
Enseñanza sobre disfunción eréctil	
Aclarar conceptos equivocados respecto a la disfunción eréctil.	• Monturo et al., 2001; Molton et al., 2008; Maliski; Heilemann; McCorkle, 2001 • NE II (J3), VI, VII
Enseñar sobre el desarrollo de la disfunción eréctil tras la prostatectomía radical.	• Lombraña et al., 2012; Lin et al., 2012; Molton et al., 2008; Canada et al., 2005; Monturo et al., 2001. • NE II (J3), IV, VI, VII
Aclarar dudas que el paciente pueda presentar sobre aspectos generales de la disfunción eréctil (como: causas, duración, tratamiento y consecuencias).	• Lombraña et al., 2012; Molton et al., 2008; Canada et al., 2005; Giesler et al., 2005; Monturo et al., 2001. • NE II (J5, 3), IV,VI,VII
Enseñar sobre el funcionamiento eréctil.	• Lin et al., 2012. • NE II (J3)
Proporcionar acceso a materiales educativos sobre la función sexual y disfunción eréctil.	• Canada et al., 2005; Monturo et al., 2001. • NE VI, VII
Enseñar formas alternativas a la actividad sexual para obtención del placer.	• Canada et al., 2005; Monturo et al., 2001. • NE VI, VII
Enseñar sobre aspectos generales del cáncer de próstata (como: nutrición, estrategias de <i>coping</i> , relaciones y sexualidad, acompañamientos y futuras preocupaciones con la salud).	• Lepore et al., 2003. • NE II (J5)
Proporcionar acceso a la información por medio de lecturas individuales, lecturas en grupo y con familiares.	• Lepore et al., 2003 Canada et al., 2005. • NE II (J5), VI
Habilidades interpersonales del profesional	
Mantener comunicación clara y directa con el paciente y esposas, centrada en conocimiento teórico sobre la disfunción eréctil, respeto, confidencialidad y libre de juicios.	• Monturo et al., 2001 • NE VII
Establecer una alianza terapéutica con pacientes y parejas para estimular la adhesión al tratamiento medicamentoso para disfunción eréctil.	• Molton et al., 2008; Titta et al., 2006. • NE II (J3, 1)

Aspectos específicos sobre sexualidad	
Acompañar la evolución de la función eréctil por medio de entrevista con el paciente y uso de instrumentos específicos sobre la actividad y funcionamiento sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Lombraña et al., 2012 • NE IV
Estimular el retorno de la actividad sexual tras el cáncer considerando estrategias como: disfrutar el sexo incluso sin erección o erección firme, retoma del deseo sexual, aprovechar las sensaciones de placer a pesar de la disfunción eréctil, uso del tacto para alcanzar orgasmos sin necesariamente tener relación sexual, enfrentamiento de la incontinencia urinaria, resecamiento vaginal de las compañeras a consecuencia de la menopausia.	<ul style="list-style-type: none"> • Canada et al., 2005. • NE VI
Estimular cambios en el comportamiento sexual que estimulen la sexualidad y el deseo (como: planificación de los encuentros sexuales, promoción de sentimientos de pasión, amor y bromas durante el sexo, estimular fantasías sexuales y variaciones).	<ul style="list-style-type: none"> • Canada et al., 2005. • NE VI
Enseñar el conjunto de definiciones sobre sexualidad con el objetivo de incluir otras actividades que promuevan placer además de la relación sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Molton et al., 2008. • NE II (J3)
Ejercicio para la musculatura del suelo pélvico	
Enseñar la realización de ejercicios para la musculatura del suelo pélvico.	<ul style="list-style-type: none"> • Lin et al., 2012. • NE II (J3)
Enseñar la implementación de ejercicios para musculatura del suelo pélvico inmediatamente después de la eliminación de la sonda vesical de demora.	<ul style="list-style-type: none"> • Lin et al., 2012. • NE II (J3)
Enseñar la implementación de ejercicios para musculatura del suelo pélvico diariamente dos veces al día, en decúbito dorsal, sentado y en pie. Hacer 3 repeticiones en cada posición, contrayendo la musculatura pélvica por 10 segundos y después relajando también por 10 segundos. Además, realizar la contracción del suelo pélvico fuertemente tras orinar y durante la relación sexual (cuando la hubiera).	<ul style="list-style-type: none"> • Lin et al., 2012. • NE II (J3)

NE= Nivel de evidencia, J= Escore de Jaddad

Parte de los estudios describieron intervenciones de enfermería implementadas en muestras compuestas por pacientes sometidos a prostatectomía radical (seis artículos)^(22,23,27,29-31); en los demás las muestras estuvieron compuestas por pacientes sometidos a cirugía, pero también a otras formas de tratamiento como radioterapia, braquiterapia, asociación de radioterapia y braquiterapia y crioterapia^(26,28); prostatectomía radical en asociación con radioterapia⁽²⁵⁾. En un estudio pacientes sometidos a cistectomía también fueron incluidos en la muestra.⁽²⁴⁾

DISCUSIÓN

La disfunción eréctil desencadenada por la PR es un problema frecuente para los pacientes que fueron sometidos a esta forma de tratamiento para el cáncer de próstata. Considerando que el mantenimiento de la función sexual es un importante aspecto de la calidad de vida y bienestar para hombres y parejas, y que actualmente la PR está siendo realizada en poblaciones cada vez más jóvenes que quieren mantener sus actividades sexuales, los cuidados para esta función son necesarios y requieren atención especial.^(7,32)

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos recomienda que sean prioridad para los profesionales de salud las estrategias orientadas al manejo de complicaciones relacionadas con el tratamiento del cáncer, dado que una gran parte de los pacientes tratados tiene elevada expectativa de vida.⁽³²⁾ Entre los estudios analizados, se destacó la relevancia y el beneficio de estas intervenciones para los pacientes con disfunción eréctil, ya que las intervenciones estudiadas se mostraron, de algún modo, eficientes en la mejora de la satisfacción sexual, función eréctil y función sexual.^(22,24-29,31)

Esta revisión permitió el levantamiento de 43 intervenciones de enfermería dirigidas a pacientes con disfunción eréctil que se sometieron a la PR. Tales intervenciones se agruparon en diez categorías que atendieron a aspectos biológicos, psicosociales, educativos y comportamentales de esta condición y también consideraciones para los enfermeros que aborden cuestiones tan íntimas y delicadas como la sexualidad. De esta forma, se considera que los aspectos de las intervenciones identificadas se encuentran con las dimensiones de la sexualidad humana, que se trata de un fenómeno multidimensional y complejo, que incluye las dimensiones biológicas, psicológicas, interpersonales y comportamentales.⁽³⁰⁾

Gran parte de las intervenciones identificadas se orientan al desarrollo de resultados en las dimensiones psicosociales de la disfunción eréctil, como soporte social, auto eficacia⁽²⁷⁾, síntomas depresivos^(26,27), satisfacción sexual^(23,27,28), conocimiento^(23,28), calidad de vida relacionada con la salud^(25,26,28), estrés⁽²⁵⁾ y sensibilidad interpersonal⁽³¹⁾. Esta característica, en cuanto al foco de la intervención, corrobora la revisión conducida por Latini y cols.⁽³²⁾ que analizaron estudios sobre intervenciones para disfunción eréctil, una vez que las intervenciones dirigidas para resultados psicosociales fueron unanimidad.

Las intervenciones psicosociales son de gran relevancia para la rehabilitación de los pacientes con cáncer de próstata en general, pues tienen un efecto positivo en la forma de enfrentar los problemas vividos por los pacientes a causa del tratamiento del cáncer de próstata, como la disfunción sexual.⁽¹⁵⁾

En la presente revisión se destaca que también se identificaron intervenciones con foco en dimensiones físicas de la disfunción eréctil e implicaron aspectos relacionados con el restablecimiento de la función sexual, respuestas, tratamiento y adhesión al tratamiento.^(22,24, 25,31)

Las intervenciones con foco en la formación del paciente y sus parejas fueron propuestas en todos los estudios analizados, de alguna forma; los temas de estas intervenciones educativas abarcaron aspectos generales sobre disfunción eréctil (causas, relación con la cirugía, tratamiento)^(22-26,30,31), aspectos generales sobre la sexualidad^(28,30,31), aspectos generales sobre el cáncer de próstata^(25,28,31); y esclarecimiento de conceptos equivocados respecto de la disfunción eréctil^(29,31).

Las intervenciones educativas enfocadas al restablecimientos de la función eréctil fueron señaladas en una revisión sistemática como una estrategia eficaz sobre los problemas ocasionados por la PR en la función sexual de los pacientes, ya que estas intervenciones, cuando bien sucedidas, se mostraron capaces de proporcionar mejora de las consecuencias físicas tras la cirugía y también de la calidad de vida de los pacientes y parejas.⁽¹⁵⁾

Un aspecto relevante identificado en los estudios analizados es el momento de inicio de las intervenciones de la disfunción eréctil y duración de estas. Las intervenciones que se iniciaron precozmente (en torno a un mes tras la cirugía) durante el periodo postoperatorio produjeron efecto positivo, estadísticamente significativo sobre la función sexual cuando comparada con sus grupos control.^(22,24, 26,28,31) Se identificó también que el tiempo de la intervención y acompañamiento de los pacientes que participaron de estos estudios fue largo, en torno a 12 meses después del inicio de la

intervención, sin embargo, los mejores efectos con relación a disfunción eréctil ocurrieron a partir del cuarto mes.^(22,24,26,27)

El tiempo exacto para el inicio de las intervenciones de enfermería enfocadas a la disfunción eréctil no está establecido en la literatura, lo mismo se observa para la duración de estas intervenciones en el transcurso del periodo postoperatorio; sin embargo, el análisis de los artículos que compusieron la muestra de esta revisión sugiere que cuando las intervenciones se inician precozmente tras la cirugía es posible que se obtengan mejores efectos sobre la función sexual, satisfacción con la función sexual y disfunción eréctil.

La duración necesaria de las intervenciones de disfunción eréctil debe tomar en consideración las evidencias que señalan la demora de la recuperación de la función eréctil tras la PR (18 meses)⁽⁶⁾ y también el inicio del tratamiento farmacológico. Estudios que acompañaron la evolución de la función sexual en pacientes sometidos a cirugía refuerzan la importancia de la implementación de estas intervenciones a largo plazo pues se vio que la mayor parte de los pacientes indicó algún nivel de disfunción sexual o insatisfacción sexual tras dos años del procedimiento quirúrgico.^(33,34)

Otro aspecto importante identificado en los estudios analizados y que merece ser considerado en el abordaje de la disfunción eréctil es la implicación de las compañeras y/o esposas de los pacientes sometidos a prostatectomía radical. De los diez artículos de la muestra, cuatro de ellos involucraron a las compañeras de los pacientes en las intervenciones testadas^(24-26,29) y de esta forma fue posible levantar ocho intervenciones de enfermería específicas para parejas.

Es conocido que la PR produce impacto en los niveles de sexualidad y función sexual de las parejas.^(9,24) Ante esto las compañeras ejercen fuerte influencia sobre la capacidad de los pacientes para enfrentar y adaptarse a la enfermedad, al tratamiento para el cáncer de próstata y para la disfunción eréctil, además de influir en sus compañeros también en la adhesión al tratamiento de estas condiciones.⁽⁹⁾ Una intervención educativa desarrollada durante cuatro encuentros dirigidos a las parejas, cuyos hombres fueron sometidos al tratamiento del cáncer de próstata, presentó significativa adhesión al tratamiento para disfunción eréctil.⁽²⁵⁾

Aunque está esclarecida en la literatura la importancia de las compañeras y/o esposas de los pacientes para el enfrentamiento de la disfunción eréctil, destaca que estas a su vez también necesitan de apoyo emocional y enseñanza sobre las cuestiones referidas al cáncer de próstata, PR y sus complicaciones⁽²⁹⁾, pues para que consigan ejercer este importante papel de apoyo necesitan también comprender las situaciones por las cuales sus compañeros están pasando.^(9,29)

Las esposas viven una carga de estrés considerable durante el tratamiento del cáncer de próstata, inicialmente por temer por la vida y salud de sus compañeros, también muchas veces por ejercer el papel de cuidadoras durante todo el periodo postoperatorio y aun por poderse sentir en cierta forma rechazadas por los maridos ante la disfunción eréctil. Por eso, las intervenciones orientadas a ellas son también fundamentales. Davison y colaboradores⁽⁹⁾ alertan de la necesidad de consultar a las esposas sobre el deseo de participar también de las actividades específicas para el tratamiento de la disfunción eréctil juntos a sus maridos.

Aspectos relacionados con la preparación y habilidades específicas de los enfermeros que van a abordar a pacientes con disfunción eréctil se señalaron en esta revisión. Las intervenciones relacionadas con la sexualidad son importantes para pacientes que van a ser atendidos por los enfermeros, por ello, no siempre son abordadas y enseñadas en la graduación en enfermería de manera significativa.

Es importante que los enfermeros se fundamenten en el conocimiento teórico sobre la función sexual y disfunción eréctil, autoconfianza, habilidades de comunicación y respeto para enfrentarse a las cuestiones de pacientes y parejas sobre la disfunción sexual.⁽³⁰⁾

CONCLUSIONES

El análisis final de la muestra de estudios de esta revisión permitió identificar 43 intervenciones de enfermería en pacientes con disfunción eréctil tras prostatectomía radical, que fueron agrupadas en diez categorías de acuerdo con temas comunes. Entre las intervenciones analizadas en cada estudio fue posible señalar los efectos positivos de estas en la función sexual general de los pacientes, disfunción eréctil y satisfacción sexual, además de contribuir también satisfactoriamente a la adhesión y al tratamiento de la disfunción eréctil, relación conyugal y adaptación del paciente a la nueva situación.

Ante la complejidad que implica el efecto de la disfunción eréctil en la vida de los pacientes y también de sus parejas es importante que los cuidados realizados atiendan no solamente aspectos curativos de la disfunción, sino también de la sexualidad como un todo, en enseñanza sobre la función sexual y también respecto al paciente. Los artículos analizados describieron intervenciones de enfermería que posiblemente atienden toda esta complejidad vista por los temas de estas intervenciones que emergieron a partir del análisis de cada estudio.

El desarrollo de esta revisión integral permitió reunir intervenciones fundamentales para el acompañamiento de los pacientes con disfunción eréctil por los enfermeros. Con la detección precoz del carcinoma prostático, que tiene como tratamiento de primera opción la prostatectomía radical, un elevado número de pacientes adultos jóvenes, que están activos sexualmente, estarán expuestos al desarrollo de la disfunción eréctil. Ante ello, estas intervenciones podrán ser útiles para que los enfermeros puedan trabajar durante durante el acompañamiento de estos pacientes, proporcionando mejora de la calidad de vida y bienestar.

Esta revisión tuvo como limitación la identificación de escaso número de estudios con elevado nivel de evidencia, solamente seis de ellos eran estudios clínicos aleatorizados controlados y de estos sólo dos obtuvieron puntuación máxima en el marcador de Jadad. Además, hasta el presente momento no fue posible identificar ninguna revisión sistemática con meta análisis acerca de las intervenciones de enfermería para pacientes con disfunción eréctil tras prostatectomía radical. Estas lagunas sugieren la necesidad del desarrollo futuro de estudios para testar intervenciones específicas para esta situación.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

2. Amorim GLCC, Cruz GMG, Veloso DFM, Kartabil JD, Vieira JC, Alves PR. Comparative analysis of radical prostatectomy techniques using perineal or suprapubic approach in the treatment of localized prostate cancer. *Einstein*, 2010 Jun;8(2PT1):200-4.
3. Presti JC. Prostate biopsy: current status and limitations. *Rev Urol*. 2007 Summer;9(3):93-8.
4. Speight JL, Roach MIII. Advances in the treatment of localized prostate cancer: the role of anatomic and functional imaging in men managed with radiotherapy. *J Clin Oncol*. 2007 Mar;25(8):987-95.
5. Li M, Mei W, Wang P, et al. Propofol reduces early postoperative pain after gynecological laparoscopy. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2014 Mar; 56(3):358-75.
6. Barreira JVN. Tratamento da disfunção erétil após prostatectomia radical. [Dissertação]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2013.
7. Liu S. Penile rehabilitation following radical prostatectomy. *Urol Sci*. 2010 Jun;21(1):19-22.
8. Walsh PC. Radical prostatectomy for localized prostate cancer provides durable cancer control with excellent quality of life: a structured debate. *J Urol*. 2000 Jun;163(6):1802-7.
9. Davison BJ, Matthew A, Elliott S, Breckon E, Griffin S. Assessing couples' preferences for postoperative sexual rehabilitation before radical prostatectomy. *BJU Int*. 2012 Nov;110(10):1529-35.
10. Mazzola C, Mulhall JP. Penile rehabilitation after prostate cancer treatment: outcomes and practical algorithm. *Urol Clin North Am*. 2011 May;38(2):105-18.
11. Schiavina R, Borghesi M, Dababneh H, et al. Survival, continence and potency (SCP) recovery after radical retropubic prostatectomy: a long-term combined evaluation of surgical outcomes. *Eur J Surg Oncol*. 2014 Dec;40(12): 1716-23.
12. National institute of health. Impotence: NIH Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA*. 1993 Jul;270(1): 83-90.
13. Nunes P, Rolo F, Mota A. Prostatectomia radical e actividade sexual. *Acta Urológica*. 2004 Jan;21(1):15-31.
14. Jakobsson J. Assessing recovery after ambulatory anaesthesia, measures of resumption of activities of daily living. *Anesthesiology*. 2011 Dec; 24(1):p.601-4.
15. Lassen B, Gattinger H, Saxer S. A systematic review of physical impairments following radical prostatectomy: effect of psychoeducational interventions. *J Adv Nurs*. 2013 Dec;69(12):2602-12.
16. Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2015-2017*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2014.
17. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Classificação de intervenções de enfermagem (NIC)*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
18. Galvão CM, Mendes KDS, Silveira RCCP. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. In: Brevidegli MM, Sertório SCM. *TCC- Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde*. 4ª Ed. São Paulo: látria, 2010.p.105-126.
19. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009; 6(6):e1000097.
20. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. 2ed. Lippincott Williams & Wilkins: China, 2011.
21. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996;17(1):1-12.

22. Lin Y, Yu T, Lin VC, Wang H, Lu K. Effects of early pelvic-floor muscle exercise for sexual dysfunction in radical prostatectomy recipients. *Cancer Nurs.* 2012 Mar; 35(2):106-14.
23. Lombraña M, Izquierdo I, Gomez A, Alcaraz A. Nursing care program for erectile dysfunction after radical prostatectomy. *Clin J Oncol Nurs.* 2012 Oct;16(5):E178-82.
24. Titta M, Tavolini IM, Moro F, Custerino A, Bassi P. Sexual counseling improved erectile rehabilitation after non-nerve-sparing radical retropubic prostatectomy or cystectomy—results of a randomized prospective study. *J Sex Med.* 2006 Mar;3(2):267-73.
25. Canada AL, Neese LE, Sui D, Schover LR. Pilot intervention to enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer,* 2005 Dec;104(12): 2689-700.
26. Giesler RB, Given B, Given CW, et al. Improving the quality of life of patients with prostate carcinoma: a randomized trial testing the efficacy of a nurse-driven intervention. *Cancer,* 2005 Aug; 104(4):752-62.
27. Weber BA, Roberts BL, Resnick M, et al. The effect of dyadic intervention on self-efficacy, social support, and depression for men with prostate cancer. *Psychooncology,* 2004 Jan;13(1):47-60.
28. Lepore SJ, Helgeson VS, Eton DT, Schulz R. Improving quality of life in men with prostate cancer: a randomized controlled trial of group education interventions. *Health Psychol.* 2003 Sep; 22(5): 443-52.
29. Maliski SL, Heilemann MV, Mccorkle R. Mastery of postprostatectomy incontinence and impotence: his work, her work, our work. *Oncol Nurs Forum,* 2001 Jul; 28(6):985-92.
30. Monturo CA, Rogers PD, Coleman M, Robinson JP, Pickett M. Beyond sexual assessment: lessons learned from couples post radical prostatectomy. *J Am Acad Nurse Pract.* 2001 Nov; 13(11):511-6.
31. Molton IR, Siegel SD, Penedo FJ, et al. Promoting recovery of sexual functioning after radical prostatectomy with group-based stress management: the role of interpersonal sensitivity. *J Psychosom Res.* 2008 May; 64(5):527-36.
32. Latini DM, Hart SL, Coon DW, Knight SJ. Sexual rehabilitation after localized prostate cancer: current interventions and future directions. *Cancer J.* 2009 Jan; 15(1): 34-40.
33. Magheli A, Busch J, Leva N, et al. Comparison of surgical technique (Open vs. Laparoscopic) on pathological and long term functional outcomes following radical prostatectomy. *BMC Urol.* 2014 Feb; 7(14):14-18.
34. Jakobsson L, Fransson P. Patient reported outcome measure (PROM) of quality of life after prostatectomy - results from a 5-year study. *Open Nurs J.* 2013 Dec; 27(7):165-73.

Recibido: 26 de junio 2015; Aceptado: 4 de agosto 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia