

Percepción de la recuperación de continencia y potencia sexual en pacientes llevados a prostatectomía radical: concordancia entre el reporte del paciente y la historia clínica

Perception of continence and sexual potency recovery in patients undergoing radical prostatectomy: concordance between patient report and clinical history

Jaime A. Cajigas-Plata¹ y Gianluca Gasca-Mayans^{2*}

¹Servicio de Urología, Clínica Marly; ²Servicio de Urología, Facultad de Medicina, Hospital Militar Central. Bogotá, Colombia

Resumen

Objetivo: La prostatectomía radical se asocia con complicaciones como incontinencia urinaria y disfunción eréctil. Múltiples estudios reportan discrepancia entre el tiempo de recuperación de la incontinencia urinaria y disfunción eréctil percibida por el paciente comparado con lo informado en la historia clínica. El objetivo de nuestro estudio es comparar la concordancia que existe entre la recuperación de la continencia urinaria y función eréctil reportados por el paciente y la historia clínica.

Métodos: Se recolectó una muestra de hombres con cáncer de próstata llevados a prostatectomía radical. Se interrogó el tiempo de recuperación de continencia urinaria y función eréctil posterior a cirugía. El seguimiento mínimo fue un año.

Resultados: Entre 2000-2018 se escogieron 158 pacientes. La recuperación de continencia urinaria reportada por la paciente a los 6 meses fue del 82,3 vs. 86,6% reportada en historia clínica, a los 12 meses de la cirugía el reporte de recuperación de la continencia por la paciente fue del 92,5 vs. 95,4 % en la historia clínica, con una diferencia del 2,9%. La recuperación de función eréctil reportada por el paciente a los 6 meses fue de del 69 vs. 77,8% por historia clínica, a los 12 meses la tasa de recuperación reportada por el paciente fue del 77,8 vs. 65,9% por historia clínica. **Conclusiones:** Se demostró una baja tasa de discrepancia de continencia urinaria y recuperación de la función eréctil entre lo informado por el paciente y la historia clínica. El tiempo entre la cirugía y la solicitud de recuperación no afecta los resultados.

Palabras clave: Incontinencia urinaria. Disfunción eréctil. Cáncer de próstata. Prostatectomía. Calidad de vida. Medición de resultados informados por el paciente.

Abstract

Objective: Radical prostatectomy is associated with complications like urinary incontinence and erectile dysfunction. Multiple studies report a discrepancy between recovery time of urinary continence and erectile function perceived by the patient compared to report on clinical history. The objective of our study is to compare the concordancy of recovery of urinary continence and erectile function between the patient's report and clinical history. **Methods:** A sample of men with prostate cancer who underwent radical prostatectomy was collected. Recovery time of urinary continence and erectile function after surgery by the patient and clinical history was reported. The time of follow-up was at least one year. **Results:** Between 2000-2018, 158 patients were collected. The recovery time of urinary continence reported by the patient at 6 months was

*Correspondencia:

Gianluca Gasca-Mayans

E-mail: GianlucaGascaM@gmail.com

0120-789X / © 2023 Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 15-01-2023

Fecha de aceptación: 14-11-2023

DOI: 10.24875/RUC.23000009

Disponible en internet: 22-03-2024

Urol. Colomb. 2024;33(1):25-31

www.urologiacolombiana.com

82.3 vs. 86.6% reported on clinical history. At 12 months after surgery, the recovery of urinary continence reported by the patient was 92.5 vs. 95.4% on clinical history, with a difference of 2.9%. The recovery of erectile function reported by the patient at 6 months was 69 vs. 77.8% on clinical history, and 12 months after surgery the recovery rate reported by the patient was 77.8 vs. 65.9% on clinical history. **Conclusion:** A low discrepancy of recovery of urinary continence and erectile function between the report by the patient and clinical history was observed. The time between surgery and the recovery request does not change the results.

Keywords: Urinary incontinence. Erectile dysfunction. Prostate cancer. Prostatectomy. Quality of life. Patient-reported outcome measures.

Introducción

El cáncer de próstata es la segunda neoplasia más frecuentemente diagnosticada y la quinta causa de muerte por cáncer en hombres, representa el 15% de los cánceres diagnosticados y el 7% de las causas de muerte oncológica en todo el mundo en 2012¹. La prostatectomía radical es un tratamiento quirúrgico curativo indicado en cáncer de próstata clínicamente localizado en pacientes con enfermedad de riesgo bajo e intermedio y expectativa de vida mayor a 10 años². El objetivo de la prostatectomía radical es erradicar la enfermedad conservando la continencia y función eréctil³. La prostatectomía radical abierta es un procedimiento efectivo, sin embargo se ha asociado a complicaciones como incontinencia urinaria (IU) y disfunción eréctil (DE). La continencia se define como la ausencia de escape de orina o no requerir uso de protector en el día, sin embargo algunos estudios tienen una definición menos estricta y permiten el uso de un protector al día.

Una de las causas de estas complicaciones es la ubicación de las bandeletas neurovasculares descritas por Walsh y Donker en 1982⁴. Estas se ubican a las 2 y 10 horas en la superficie ventrolateral y dorsal de la próstata, y contienen los nervios cavernosos y periprostatícos, fundamentales en la función sexual y continencia urinaria⁵, por lo que describen una técnica quirúrgica que preserva estas estructuras, obteniendo un efecto positivo en la continencia y función sexual de los pacientes.

La evaluación de los pacientes con IU posterior a prostatectomía radical incluye una historia clínica que describa aparición, duración y descripción del tipo y severidad de la incontinencia, así como eventos precipitantes⁶. Una forma de medir la severidad de la IU se basa en el número de protectores al día, así como en su peso. El pad test de 1 hora y 24 horas se ha utilizado en la práctica clínica y en estudios de investigación⁷. Actualmente se cuenta con instrumentos para medir el impacto en la calidad de vida de la IU. Una de la escala validadas es el *10-item University of Michigan Incontinence Symptom Index*⁸. Esta escala

evalúa la severidad de los síntomas dividiendo los síntomas en IU de esfuerzo, de urgencia y uso de protectores por día de manera objetiva, la cual va de 0 a 32 puntos, y el rango de deterioro en la calidad de vida de 0-8 puntos. Además de esta escala, se han descrito múltiples cuestionarios, como: *Expanded Prostate Cancer Index Composite-26* (EPIC-26), *Expanded Prostate Cancer Index Composite-50* (EPIC-50), *University of California-Los Angeles Prostate Cancer Index* (UCLA-PCI), *Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate Cancer Subscale* (FACT-P PCS), *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-prostate specific 25-item* (EORTC QLQ-PR25) y *Prostate Cancer-Quality of Life* (PC-QoL)⁹.

Por otro lado, la DE posterior a prostatectomía radical es una entidad que afecta al 77-88% de los hombres llevados a cirugía¹⁰. La definición de función eréctil varía en diferentes estudios, por ejemplo, en el estudio de Walsh et al. se evaluó la función sexual de 64 pacientes operados por un cirujano experto; se les realizó un cuestionario de calidad de vida preoperatorio, definiendo potencia sexual como la capacidad de tener relaciones sexuales con o sin el uso de medicamentos¹¹. Esta patología tiene diferentes componentes: disfunción del orgasmo, acortamiento del pene e impacto psicológico. La escala de medición más usada es el *International Index of Erectile Function* (IIEF-5), en los estudios de DE posprostatectomía radical y rehabilitación peneana, en el cual se realizan cinco preguntas y se calcula el puntaje antes y después de cirugía, siendo: 25-22 puntos como normal, 21-17 puntos disfunción leve, 16 a 12 puntos moderada baja, 11-8 puntos moderada y 7-5 puntos severa¹². El objetivo de nuestro estudio es comparar la concordancia que existe entre la recuperación de la continencia urinaria y función eréctil a los 6 y 12 meses, comparando entre la referida por el paciente y el médico tratante.

Métodos

En una institución de cuarto nivel se tomó una muestra de hombres que asistieron a consulta en el periodo 2018-2020, los cuales tenían antecedente quirúrgico de prostatectomía radical entre los años 2000-2020. Se define la continencia como no tener escape de orina o usar máximo un protector al día. Por otro lado, la potencia sexual se define como la capacidad de tener una relación sexual con o sin el uso de medicamentos. Se divide la población en variables categóricas ordinales por edad: 40-50 años, 51-60 años y más de 60 años, durante el seguimiento postoperatorio se establece el tiempo de recuperación de continencia y potencia sexual dividida en variables categóricas ordinales: inmediato, menos de 2 meses, 2-6 meses, 6-12 meses, más de un año o nunca recuperaron la continencia urinaria. En un grupo de la población no fue valorable el resultado por radioterapia u hormonoterapia, así como los que no recuerdan el tiempo de recuperación de la continencia o función sexual. Se dividen resultados en los periodos 2000-2010 y 2011-2020. Se compara el tiempo de recuperación percibida por el paciente con la reportada en la historia clínica.

Resultados

Se tomó una muestra de 158 pacientes, de los cuales 68 fueron recogidos en el periodo 2000-2010 y 90 entre 2011-2020. En el periodo 2000-2010 la continencia percibida por el paciente tuvo como resultado: 6/68 presentaron continencia urinaria inmediata postoperatoria (8,8%), 34/68 presentaron continencia en menos de 2 meses (50%), 16/68 fueron continentes en 2-6 meses (23,5%), 7/68 fueron continentes en 6-12 meses (10,2%), 1/68 recuperaron la continencia en un periodo mayor a un año (1,4%), 1/68 no fue valorable (1,4%) y 3/68 nunca recuperaron la continencia (4,4%) (Tabla 1). Por otro lado, en la revisión de la historia clínica los resultados fueron: 5/68 presentaron continencia urinaria inmediata postoperatoria (7,35%), 28/68 fueron continentes en menos de 2 meses (41,1%), 26/68 presentaron continencia entre 2-6 meses (38,2%), 6/68 fueron continentes entre 6-12 meses (8,8%), 0/68 pacientes recuperaron la continencia en más de un año (0%) y 3/68 nunca recuperaron la continencia (4,4%). La tasa de recuperación de la continencia urinaria referida por el paciente a los 6 meses fue del 82,3 vs. 86,6% el reportado en la historia clínica, en cambio a los 12 meses del postoperatorio la continencia reportada por el paciente fue del 92,5 vs. 95,4% reportada

por historia clínica, con una diferencia del 2,9% en favor de la valoración del cirujano (Fig. 1).

Por otro lado, la potencia sexual percibida por el paciente arrojó los siguientes resultados: 7/68 inmediata (10,2%), 20/68 lograron recuperar la función sexual en menos de 2 meses (29,4%), 20/68 en 2-6 meses (29,4%), 6/68 en un periodo de 6-12 meses (8,8%), 3/68 recuperaron la función sexual en más de un año (4,4%), 3/68 nunca recuperó la función sexual (4,4%), 6/68 no fueron valorables por antecedente de radioterapia (8,8%) y 3/68 presentaron DE previa (4,4%). Por otro lado, al revisar el reporte de la historia clínica estos fueron los resultados: 4/68 inmediata (5,8%), 14/68 en menos de 2 meses (20,5%), 21/68 en un periodo de 2-6 meses (30,8%), 6/68 en un periodo de 6-12 meses (8,8%), 9/68 recuperaron la función sexual en más de un año (13,2%), 4/68 nunca recuperaron la función sexual (5,8%), 3/68 presentaban DE previa (4,4%) y 7/68 fueron no valorables por antecedente de hormonoterapia o radioterapia (10,2%). El 4,4% nunca recuperó la función eréctil en el postoperatorio temprano o tardío, sin embargo, a la valoración del médico tratante el 5,8% nunca recuperó la función eréctil (Tabla 2). La tasa de recuperación de la función eréctil referida por el paciente a los 6 meses fue del 69 vs. 77,8% por historia clínica, en cambio a los 12 meses la potencia referida por el paciente fue del 77,8% a los 12 meses vs. 65,9% documentada por la historia clínica, estando a favor de la referida por el paciente (Fig. 2).

Durante el periodo 2011-2020 se recogieron 90 pacientes llevados a prostatectomía radical. Al medir la continencia percibida del paciente arrojaron los siguientes resultados: 9/90 inmediata (10%), 47/90 en menos de 2 meses (52,2%), 19/90 en un periodo de 2-6 meses (21,1%), 8/90 recuperaron la continencia entre 6-12 meses (8,8%), 1/90 recuperó la continencia en un periodo mayor a un año (1,1%) y 5/90 nunca recuperaron la continencia urinaria (5,5%) y 1/90 no recuerda el tiempo de recuperación de la continencia (1,1%). Por otro lado, en la revisión de la historia clínica, los resultados fueron los siguientes: 8/90 tuvieron continencia inmediata (8,8%), 36/90 recuperó la continencia en menos de 2 meses (40%), 30/90 en un periodo de 2-6 meses (33,3%), 11/90 entre 6-12 meses (12,2%), 2/90 en más de un año (2,2%) y 3/90 nunca recuperaron la continencia (3,3%) (Tabla 3). El porcentaje de recuperación de continencia urinaria referida por el paciente fue del 83,3% a los 6 meses vs. 82,1% reportado en la historia clínica; llevando esta comparación a los 12 meses del postoperatorio, la tasa de recuperación de la continencia urinaria referida por el paciente fue del 92,1 vs. 94,3% registrado en la historia clínica (Fig. 3).

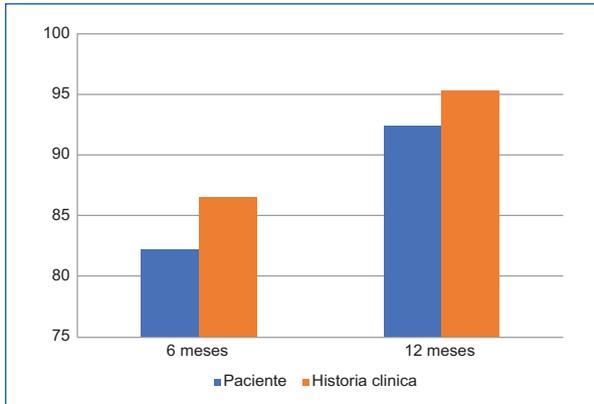


Figura 1. Recuperación continencia urinaria 2000-2010.

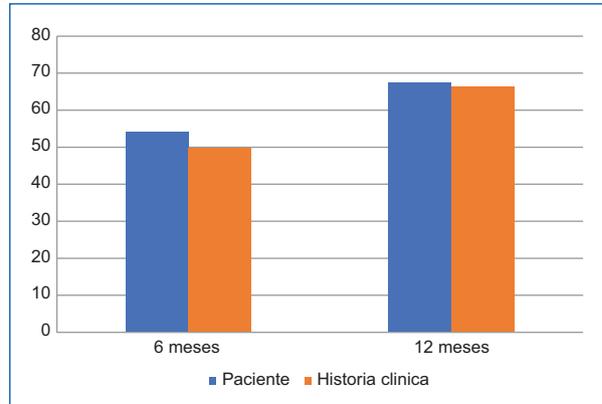


Figura 4. Recuperación función eréctil 2011-2020.

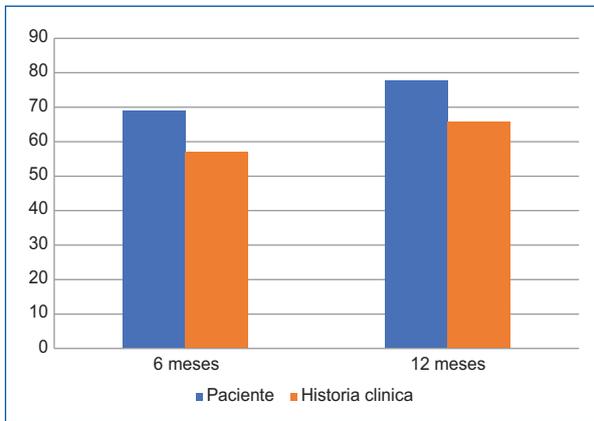


Figura 2. Recuperación función eréctil 2000-2010.

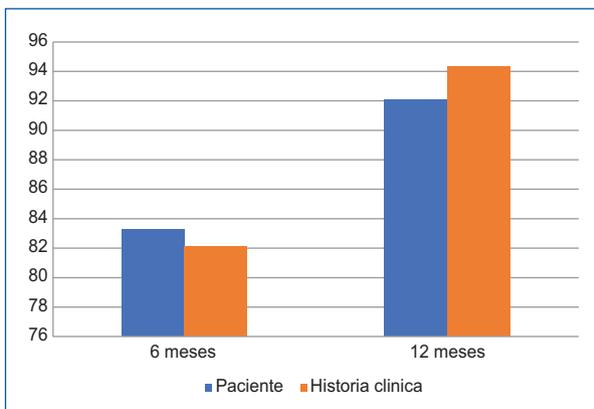


Figura 3. Recuperación continencia urinaria 2011-2020.

21/90 en 2-6 meses (23,3%), 12/90 en un periodo de 6-12 meses (13,3%), 6/90 en un periodo mayor a un año (6,6%), 11/90 nunca recuperaron la función sexual (12,2%), 4/90 presentaron DE previa (4,44%) y 8/90 no valorables por hormonoterapia o radioterapia (8,88%). En cambio, en el registro de la historia clínica se reportaron los siguientes resultados: 7/90 tuvieron recuperación inmediata (7,7%), 18/90 en un tiempo menor a 2 meses (20%), 20/90 en un periodo de 2-6 meses (22,2%), 15/90 en 6-12 meses (16,6%), 5/90 en un tiempo mayor a un año (5,5%), 11/90 nunca recuperaron la función sexual (12,2%), 4/90 presentaban DE previa (4,4%) y 10/90 no valorables por antecedente de hormonoterapia o radioterapia (11,1%) (Tabla 4). La tasa de recuperación de la función eréctil referida por el paciente a los 6 meses es del 54,3 vs. 49,9% reportado en la historia clínica, en cambio a los 12 meses la tasa de recuperación de función eréctil referida por el paciente es del 67,6 vs. 66,5% reportado en la historia clínica (Fig. 4).

Discusión

El cáncer de próstata es la segunda neoplasia más frecuentemente diagnosticada y la quinta causa de muerte por cáncer en hombres, siendo una carga importante en el sistema de salud en todo el mundo. El riesgo de IU es variable en diferentes estudios, en el caso de prostatectomía abierta es del 27,3% a los 6 meses y el 16,8% a los 12 meses del postoperatorio¹³, en laparoscopia es del 56,8% a los 3 meses, el 44,9% a los 6 meses y el 29,8% a los 12 meses. En el caso del abordaje robótico el riesgo es del 44,9% a los 3 meses, el 27,7% a los 6 meses y el 20,8% a los 12

Por otro lado, al medir la recuperación de la función sexual se registraron los siguientes resultados: 8/90 inmediata (8,8%), 20/90 menor a 2 meses (22,2%),

Tabla 1. Continencia presuntiva vs. real periodo 2000-2010

	Presuntiva (%)	Real (%)
Inmediata	8,8	7,3
< 2 meses	50	41,1
2-6 meses	23,5	38,2
6-12 meses	10,2	8,8
Más de 1 año	1,4	0
No valorable	1,4	0
Nunca	4,4	4,4

Tabla 4. Función eréctil presuntiva vs. real periodo 2011-2020

	Presuntivo (%)	Real (%)
Inmediata	8,8	7,7
< 2 meses	22,2	20
2-6 meses	23,3	22,2
6-12 meses	13,3	16,6
> 1 año	6,6	5,5
Nunca	12,2	12,2
De previa	4,4	4,4
No valorable	8,8	11,1

Tabla 2. Función eréctil presuntiva vs. real periodo 2000-2010

	Presuntiva (%)	Real (%)
Inmediata	10,2	5,8
< 2 meses	29,4	20,5
2-6 meses	29,4	30,8
6-12 meses	8,8	8,8
Más de 1 año	4,4	13,2
Nunca	4,4	5,8
De previa	4,4	4,4
No valorable	8,8	10,2

Tabla 3. Continencia presuntiva vs. real periodo 2011-2020

	Presuntivo (%)	Real (%)
Inmediata	10	8,8
< 2 meses	52,2	40
2-6 meses	21,1	33,3
6-12 meses	8,8	12,2
> 1 año	1,1	2,2
Nunca	5,5	3,3
No recuerda	1,1	0

meses; Huang et al. en su metaanálisis describen una diferencia estadísticamente significativa a favor de la cirugía robótica¹⁴. Por otro lado, la tasa de función eréctil medida por el IIEF es del 22,35% a los 3 meses, el 55,85% a 12 meses y el 54,53% a los 24 meses. En abordaje laparoscópico es del 35,12% a los 3 meses,

el 81% a los 12 meses y el 56% a los 24 meses descrita en un solo estudio; en cambio, en cirugía asistida por robot es del 32,5% a los 3 meses y el 60,9% a los 12 meses¹³. En nuestro estudio se evidenció una tasa de IU del 13,4% a los 6 meses y del 4,6% a los 12 meses del postoperatorio en el periodo 2000-2010. Por otro lado, la tasa de DE fue del 42,9% a los 6 meses y del 34,1% a los 12 meses del postoperatorio. En el periodo 2011-2020, la tasa de IU fue del 17,9% a los 6 meses y del 5,7% al año del postoperatorio. Por otro lado, la tasa de DE fue del 50,1% a los 6 meses y el 33,5% a los 12 meses, siendo inferior al descrito en la literatura; la explicación a esto puede ser que todos los pacientes de nuestro estudio fueron operados por un cirujano experto. Al mismo tiempo, el *Prostate Cancer Outcomes Study* reportó tasas de potencia sexual a los 18 meses del 44%¹⁵. El estudio *Prostate Cancer Outcomes and Satisfaction with Treatment Quality Assessment*, el cual reportó tasas de potencia sexual del 35% a los dos años del postoperatorio de prostatectomía radical, evidenció en el análisis multivariante que variables como menor edad, un nivel de antígeno prostático específico más bajo, mejor función sexual pretratamiento y la preservación de las bandeletas neurovasculares favorecen una recuperación más satisfactoria de la función sexual¹⁶.

En múltiples estudios se ha estudiado la discrepancia entre IU y DE percibida por el paciente comparado con la reportada en la historia clínica. En el estudio de Castilho Borges et al. se evaluaron 212 hombres llevados a prostatectomía radical y en seguimiento por lo menos por un año; se realizó llamada telefónica para realizar el *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form* (ICIQ-SF) y se comparó con el reportado por el médico. El tiempo promedio desde la cirugía hasta la llamada fue de 9 años y entre la

cirugía y última visita a consulta fue de 6.4 años. Según la historia clínica, el 62,7% era continente en su última visita, sin embargo el 70% de los pacientes reportaron escapes de orina en el mismo momento. Por otro lado, al momento de la llamada telefónica, el 46,2% refería persistencia de IU. El 43.9% de los pacientes reportaban IU moderada, mientras que al evaluarla en el cuestionario ICIQ-SF se clasificaba como severa en el 80% de los casos (puntaje > 7). Comparando el reporte de uso de protectores al día, en el reportado por el paciente se documenta que el 25,4% usa un protector, el 37,2% dos protectores y el 12,4% tres o más protectores al día, mientras que en el porcentaje reportado por el médico tratante el 33,3% usa un protector al día, el 13,6% dos protectores y el 6,1% tres o más protectores en el día. Con una divergencia del 42,2% de los casos, en su mayoría de casos los médicos clasificando como continentes a pacientes que reportaban IU en el mismo tiempo. En el análisis multivariante la discrepancia fue mayor en hombres de raza negra con baja escolaridad¹⁷.

En el estudio de Thong et al., en el cual 3.053 pacientes llevados a prostatectomía radical realizaron el cuestionario IIEF durante el seguimiento postoperatorio ambulatorio, por otro lado, los médicos clasificaron la DE en cinco grados, definiendo DE como un puntaje IIEF < 22 puntos o DE grado 3 o más. A los cuatro años de haber iniciado el estudio, se evidenció que el porcentaje de concordancia entre el reporte del paciente y médico fue del 83%, hubo sobreestimación por el médico tratante en un 10%, por otro lado, la subestimación por el médico fue del 7%, sin diferencia estadísticamente significativa en la regresión logística¹⁸.

Al comparar las tasas de continencia referidas por el paciente con las de la historia clínica, en el periodo 2000-2010 la referida por el paciente a los 6 meses fue del 92,5% a los 12 meses del postoperatorio vs. 95,4% dada por el médico tratante, con una diferencia del 2,9% a favor de la valoración del cirujano. La tasa de recuperación de la función eréctil referida por el paciente fue del 77,8% a los 12 meses vs. 65,9% documentada por el médico tratante, estando a favor la referida por el paciente. Midiendo el periodo 2011-2020, la tasa de continencia referida por el paciente fue del 92,1 vs. 94,3% documentada en la historia clínica, con una diferencia del 2,2% a favor del cirujano. Por otro lado, la recuperación de la función eréctil documentada por el paciente fue del 67,6 vs. 66,5% documentada en la historia clínica, con una diferencia del 1,1% a favor de la referida por el paciente.

Es importante resaltar que, a pesar de dividir a los pacientes en diferentes periodos de tiempo, la percepción

de la recuperación de la continencia y potencia sexual no se vio afectada de manera significativa por el aumento de tiempo del postoperatorio. La concordancia entre el porcentaje referido por el paciente y documentado en la historia clínica en nuestro estudio es superior a la reportada en diferentes estudios publicados.

Evaluando el impacto en la calidad de vida de los pacientes, a pesar de que existen diferentes opciones de tratamiento de DE, muchos hombres no buscan tratamiento de esta condición, en un estudio se reveló que alrededor del 69% de los pacientes no acepta tener DE y el tiempo promedio de búsqueda de tratamiento son dos años¹⁹. En hombres con cáncer de próstata el 50% de los hombres que desea tratamiento de la DE busca tratamiento médico, y de estos, la adherencia al tratamiento es baja, ya que alrededor del 50-80% han suspendido tratamiento al año de haberlo iniciado²⁰. La causa más común de falla en adherencia en el tratamiento de la DE es la afectación emocional²¹; la tasa de depresión en hombres con DE es del 56%, evidenciando una relación entre estas dos patologías en múltiples estudios. Por ejemplo, Johansson et al. reportaron una prevalencia de afectación emocional respecto a la pérdida de la función eréctil del 37%²², así como sentimientos de culpa y vergüenza que afectan a su calidad de vida, el aspecto más afectado en la construcción de la sexualidad e identidad masculina, ya que los hombres con una estructura sexual alta tienen mayor posibilidad de sufrir depresión al presentar DE²³.

Conclusión

La IU y la DE son complicaciones frecuentes de la prostatectomía radical, con una prevalencia variable en los diferentes estudios. En nuestro estudio se demostró una baja tasa de discrepancia de recuperación de la continencia urinaria y función eréctil entre lo informado por el paciente y la historia clínica. Además, el tiempo transcurrido entre la cirugía y la encuesta sobre de recuperación funcional no afecta a los resultados.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria. El consentimiento informado de los pacientes no fue requerido por tratarse de un estudio observacional retrospectivo.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

- Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015;65:87-108.
- Mottet N, Bellmunt J, Bolla M, Briers E, Cumberbatch MG, De Santis M, et al. EAU-ESTRO-SIOG guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent. *Eur Urol.* 2017;71:618-29.
- Bianco FJ Jr, Scardino PT, Eastham JA. Radical prostatectomy: long-term cancer control and recovery of sexual and urinary function ("trifecta"). *Urology.* 2005;66:83-94.
- Walsh PC, Donker PJ. Impotence following radical prostatectomy: insight into etiology and prevention. *J Urol.* 1982;128:492-7.
- Eichelberg C, Erbersdobler A, Michl U, Schlomm T, Salomon G, Graefen M, et al. Nerve distribution along the prostatic capsule. *Eur Urol.* 2007;51:105-10.
- Trofimenko V, Myers JB, Brant WO. Post-prostatectomy incontinence: How common and bothersome is it really? *Sex Med Rev.* 2017;5(4):536-43.
- Smither AR, Guralnick ML, Davis NB, See WA. Quantifying the natural history of post-radical prostatectomy incontinence using objective pad test data. *BMC Urol.* 2007;7:1-6.
- Suskind AM, Dunn RL, Morgan DM, DeLancey JO, McGuire EJ, Wei JT. The Michigan Incontinence Symptom Index (M-ISI): A clinical measure for type, severity, and bother related to urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2014;33(7):1128-34.
- Protopapa E, van der Meulen J, Moore CM, Smith SC. Patient-reported outcome (PRO) questionnaires for men who have radical surgery for prostate cancer: a conceptual review of existing instruments. *BJU Int.* 2017;120:468-81.
- Penson DF, McLerran D, Feng Z, Li L, Albertsen PC, Gilliland FD, et al. 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the prostate cancer outcomes study. *J Urol.* 2008;179(Suppl):1701-5.
- Walsh PC, Marschke P, Ricker D, Burnett AL. Patient-reported urinary continence and sexual function after anatomic radical prostatectomy. *J Urol.* 2000;55:58-61.
- Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997;49:822-30.
- De Carlo F, Celestino F, Verri C, Masedu F, Liberati E, Di Stasi SM. Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: Surgical, oncological, and functional outcomes: A systematic review. *Urol Int.* 2014;93:373-83.
- Huang X, Wang L, Zheng X, Wang X. Comparison of perioperative, functional, and oncologic outcomes between standard laparoscopic and robotic-assisted radical prostatectomy: a systemic review and meta-analysis. *Surg Endosc.* 2017;31:1045-60.
- Stanford JL, Feng Z, Hamilton AS, Gilliland FD, Stephenson RA, Eley JW, et al. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer: the Prostate Cancer Outcomes Study. *JAMA.* 2000;283:354-60.
- Alemozaffar M, Regan MM, Cooperberg MR, Wei JT, Michalski JM, Sandler HM, et al. Prediction of erectile function following treatment for prostate cancer. *JAMA.* 2011;306:1205-14.
- Borges RC, Tobias-Machado M, Gabriotti EN, Dos Santos Figueiredo FW, Bezerra CA, Glina S. Post-radical prostatectomy urinary incontinence: is there any discrepancy between medical reports and patients' perceptions? *BMC Urol.* 2019;19(1):32.
- Thong AE, Ying Poon B, Lee JK, Vertosick E, Sjoberg DD, Vickers AJ, et al. Concordance between patient-reported and physician-reported sexual function after radical prostatectomy. *Urol Oncol.* 2018;36(2):80.e1-80.e6.
- de Boer BJ, Bots ML, Nijeholt AA, Moors JP, Verheij TJ. The prevalence of bother, acceptance, and need for help in men with erectile dysfunction. *J Sex Med.* 2005;2(3):445-50.
- Emanu JC, Avildsen IK, Nelson CJ. Erectile dysfunction after radical prostatectomy: Prevalence, medical treatments, and psychosocial interventions. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2016;10(1):102-7.
- Schover LR, Fouladi RT, Warneke CL, Neese L, Klein EA, Zippe C, et al. Defining sexual outcomes after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer.* 2002;95(8):1773-85.
- Johansson E, Steineck G, Holmberg L, Johansson JE, Nyberg T, Ruutu M, et al. Long-term quality-of-life outcomes after radical prostatectomy or watchful waiting: the Scandinavian Prostate Cancer Group-4 randomised trial. *Lancet Oncol.* 2011;12(9):891-9.
- Hoyt MA, Carpenter KM. Sexual self-schema and depressive symptoms after prostate cancer. *Psychooncology.* 2015;24(4):395-401.