



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN FUNCION A LA INCONTINENCIA URINARIA
EN LOS PACIENTES CON POSOPERATORIO DE 6 MESES, POSTERIOR A
PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN

UROLOGIA

PRESENTA:

ROBERTO PATRICIO LÓPEZ MAGUEY

TUTOR DE TESIS

DR. CARLOS PACHECO GAHLER
JEFE DE LA DIVISIÓN DE UROLOGÍA

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

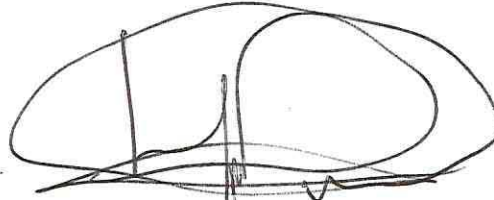
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

AUTORIZACIONES



Dr. Héctor Manuel Prado Calleros

DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ"
SUBDIRECCION
DE INVESTIGACION

Dr. Pablo Maravilla Campillo

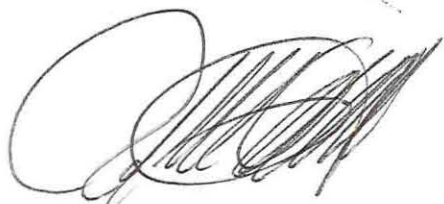
SUBDIRECTOR DE INVESTIGACION BIOMÉDICA



Dr. Carlos Pacheco Gahbler

PROFESOR TITULAR Y JEFE DE LA DIVISION DE UROLOGIA

Este trabajo de tesis con Número de Registro 28-28-2018 presentado por el alumno Roberto Patricio López Maguey se presenta en forma con visto bueno por el tutor principal de la tesis Carlos Pacheco Gahbler con fecha de Julio 2018.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'P. Maravilla Campillo', with a large, stylized initial 'P'.

Dr. Pablo Maravilla Campillo

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'C. Pacheco Gahbler', with a large, stylized initial 'C'.

Dr. Carlos Pacheco Gahbler

ESTE TRABAJO FUE REALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL "DR.
MANUEL GEA GONZALEZ" EN EL SERVICIO DE UROLOGIA BAJO
LA DIRECCION DEL DR. CARLOS PACHECO GAHLER Y EL
APOYO DEL DR. JORGE GUSTAVO MORALES MONTOR

AGRADECIMIENTOS

Al concluir urología como especialidad se completa una fase primordial dentro de mi desarrollo profesional. Se han cumplido mis expectativas en la residencia y he crecido no sólo como médico sino como persona. Durante este camino para formarme como urólogo debo agradecer a:

Mis Padres y Hermanos, quienes siempre me dieron consejo y apoyo para poder crecer en esta carrera.

Mis maestros de la especialidad, Mauricio Cantellano, Gerardo Fernández, Carlos Martínez, Gustavo Morales y Carlos Pacheco, quienes me enseñaron y guiaron en esta profesión.

Por último, al personal, residentes y pacientes del servicio de urología del Hospital General Dr. Manuel Gea González que formaron parte importante de mi formación y crecimiento profesional.

ÍNDICE GENERAL

- 1. RESUMEN**
- 2. INTRODUCCIÓN**
- 3. MATERIAL Y MÉTODOS**
- 4. RESULTADOS**
- 5. DISCUSIÓN**
- 6. CONCLUSIONES**
- 7. REFERENCIAS**
- 8. TABLAS**

NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN FUNCION A LA INCONTINENCIA URINARIA EN LOS PACIENTES CON POSOPERATORIO DE 6 MESES, POSTERIOR A PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT

Roberto Patricio López Maguey¹, Carlos Pacheco Gahbler², Jorge Gustavo Morales Montor³.

1. Residente de Urología, Hospital General Dr. Manuel Gea González.
2. Jefe de la División de Urología del Hospital General Dr. Manuel Gea González.
3. Médico adscrito de la división de Urología del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

1. RESUMEN

En el año 2014, el cáncer de próstata era la quinta causa más común de malignidad en hombres y su prevalencia ha aumentado rápidamente. Ocurre generalmente en hombres de edad avanzada, mayores de 65 años. A pesar de ser una enfermedad grave, la mayoría de los hombres diagnosticados no mueren a causa de esta enfermedad. Sin embargo, son verdaderamente importantes las secuelas o complicaciones que el tratamiento ocasiona en la calidad de vida de los pacientes. EPIC es un instrumento que nos permite evaluar la calidad de vida posterior a la prostatectomía radical robótica asistida por robot.

Nuestro objetivo es evaluar la calidad de vida que presentan estos pacientes a los 6 meses posoperados, utilizando el método cuestionario EPIC.

Se analizaron 67 pacientes con edad promedio de 67 años, 63.5 años (DE +/- 7.6), con un promedio de, con un Gleason 3+3=6 (bajo riesgo) 27 pacientes (47.8%), con una calidad de vida satisfactoria representando el 50% de los pacientes, así mismo el 36.4% presentó calidad de vida moderada y solo el 1.5% calidad de vida insatisfactoria.

Comparado con la literatura internacional, presentamos una adecuada calidad de vida en la mayoría de los pacientes, y solo un paciente presentó una calidad de vida insatisfactoria lo que se correlaciona con lo reportado. Es necesario reconocer que en nuestro caso a pesar de iniciar con la curva de cirugía robótica. La mayoría de nuestros casos se encuentran satisfactorios.

Palabras clave: EPIC, Prostatectomía Radical Robótica, Calidad de vida.

2. INTRODUCCIÓN

En el año 2014, el cáncer de próstata era la quinta causa más común de malignidad en hombres y su prevalencia ha aumentado rápidamente, siendo actualmente el cáncer más común después del cáncer de piel y la segunda causa principal de muerte en EEUU. Ocurre generalmente en hombres de edad avanzada, mayores de 65 años y, en raras ocasiones, se presenta antes de los 40 años. A pesar de ser una enfermedad grave, la mayoría de los hombres diagnosticados no mueren a causa de esta enfermedad (1). Sin embargo, son verdaderamente importantes las secuelas o complicaciones que el tratamiento ocasiona en la calidad de vida de los pacientes. Existen muchas opciones de tratamiento disponibles, tales como la prostatectomía radical (PR), radioterapia y terapia hormonal; en algunos casos, son candidatos solo a vigilancia (2)(3).

La PR ha sido históricamente preferida como tratamiento de primera línea para pacientes con cáncer de próstata localizado, con esperanza de vida de al menos 10 años (4). Sin embargo, este tratamiento quirúrgico está asociado a efectos adversos a largo plazo. Dentro de estos efectos encontramos la incontinencia urinaria (IU) y la disfunción eréctil (DE) como los más comunes, causando un deterioro en la calidad de vida del paciente (5). Actualmente, algunas innovaciones quirúrgicas, como la reducción del sangrado y la tasa de recuperación, han llevado a la introducción de alternativas como la prostatectomía radical laparoscópica (PRL) seguida de la prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot (PRLAR) (6). La estadificación de acuerdo con el análisis patológico es llevada a cabo después de la PR. Las complicaciones son inevitables en algunos casos; sin embargo, se ha comprobado que la tasa de complicación temprana general después de PR es baja cuando se realiza por cirujanos expertos (4).

El número anual de prostatectomías realizadas por robot se ha incrementado continuamente desde su introducción hace 16 años. Mientras que la PRLAR no ha demostrado tener menores tasas de márgenes quirúrgicos positivos, cuando se compara con prostatectomía radical abierta (PRA), la literatura sugiere que mejora, teniendo una recuperación más temprana de la función sexual y urinaria postoperatoria en comparación con las demás técnicas. Estas características funcionales son importantes ya que afectan la calidad de vida después de la cirugía. La continencia urinaria (CU) después de tres meses postoperatorios es comúnmente citada como el tiempo para analizar la calidad de vida posterior a la PRLAR (7). Así mismo, la supervivencia de los pacientes con cáncer de próstata que son llevados a PRLAR tiene una esperanza de vida mayor a 10 -15 años (8).

Las secuelas quirúrgicas postoperatorias más comunes son la IU y DE. Esto conlleva al deterioro de la calidad de vida de los pacientes, especialmente en pacientes jóvenes con enfermedad en estado temprano (9). El procedimiento quirúrgico de PR, incluso en PRLAR, daña temporalmente a la vejiga y la uretra, llevando a una de las mayores complicaciones, la IU (10).

La IU es considerada una de las adversidades más molestas después de la PRLAR (11). No es algo poco común que el hombre afectado por IU comience a

abstenerse socialmente, desarrollando una profunda depresión y, en algunas ocasiones, lo conduzca al suicidio (12).

La IU postoperatoria después de PR tiene un efecto negativo relevante en la satisfacción y la calidad de vida, teniendo mayor impacto en los pacientes que la preocupación por la función sexual (3).

Sabemos que la única forma segura de evitar la IU asociada a la prostatectomía radical es no llevar a cabo la operación (12). La extirpación completa del cáncer, la continencia urinaria (CU) y la recuperación de la función eréctil post PRLAR son los resultados más importantes para los pacientes (11). La persistencia de la disfunción eréctil postoperatoria es el factor limitante más importante para llegar al estatus trifecta o estado esperado como meta post PRLAR (sin recurrencia del Antígeno Prostático, CU y función eréctil) (13).

INCONTINENCIA URINARIA

La IU es la complicación que más afecta la calidad de vida, aún en pacientes post PRLAR, aunque la tasa de IU se ve afectada por la definición de la misma. Varios estudios la describen como la pérdida involuntaria de orina necesitando ninguna o 1 toalla (6)(14).

Existen algunos problemas relacionados con los métodos que evalúan la IU post PR. Primero, por no existir una definición de IU post PR. Segundo, el cambio de toallas es un objetivo de la medición de la severidad de la IU en muchos estudios y, en muchos otros, se habla de que es una herramienta de pobre significado. Esto se debe a que se pueden utilizar muchos tipos de protectores, por lo que el volumen de orina podría ser diferente incluso en pacientes que cambian el mismo número de toallas. Y, a pesar de lo anterior, se considera que el test de la toalla de 24 horas podría ser la forma más apropiada de evaluar la IU post PRLAR (15).

El test de la compresa/toalla es preferido por ser un método sencillo, no invasivo y efectivo para cuantificar pérdida de orina (16), pero debido a la falta de estandarización de una definición de IU, los resultados en diversos estudios pueden variar, como en el caso de Shao *et al*, donde demuestran que la prevalencia de la IU es alta (63%) un mes después de la PRLAR. Luego, disminuye a 23.5%, 18.1% y 16% a los 6, 12 y 24 meses, respectivamente. Estos resultados sugieren que la IU post PR durante el primer mes postoperatorio es una fase aguda de IU, los 6 -12 meses después de la cirugía es la fase de recuperación y de los 12 - 24 meses es la fase estable. Cualquier intervención agresiva para tratar la IU post PR dentro del año después de PRLAR requiere serias consideraciones, ya que la IU post PR puede resolverse sin tratamiento si se brinda más tiempo para que sane (4).

Según otra revisión sistemática, se demostró que de acuerdo a la definición de CU, considerada como no usar toallas, a los 12 meses las tasas de IU fueron del 4 a 31%. En otros estudios, la definición de CU, como no usar o usar 1 toalla segura a los 12 meses, las tasas fueron de 8 a 11%. Algunos estudios reportan el número de toallas utilizadas como un indicador de la severidad de la IU. Por lo tanto, es importante estandarizar una única definición, ya que no solo nos enfrentamos al uso o no de una toalla, sino que existen otras variables dentro de las mismas

como la configuración y el tamaño de las toallas, así como también es difícil relacionarlo exactamente con el volumen real de la IU. Realmente, no existe un consenso para definir CU/IU en el test de toalla de 24 horas, aunque es considerado la mejor forma para estudiarla.

A pesar de lo anterior, diferentes estudios hablan de que el número de toallas utilizadas por día, la humedad y el tiempo de cambio entre toalla son factores importantes que afectan la calidad de vida. Como en el estudio de Haga *et al*, donde el aumento de la frecuencia de cambios de toallas y la humedad de las mismas era un efecto significativamente negativo en la calidad de vida urinaria post PRAR en el periodo postoperatorio temprano (15). Kadono *et al* (17) analizaron pacientes ocupando el test de toalla de 24 horas. Todos los pacientes en este test con $<2\text{g/día}$ respondieron no tener fuga urinaria por lo que fue la forma de adoptar la definición de CU como $<2\text{g/día}$, dando lugar a variaciones en la respuesta a la PR por el uso de su propia medida de IU. Por lo tanto, en diferentes estudios se concluye que no es suficiente solo el número de toallas utilizadas, sino que se debe calificar junto con cuestionarios y la posibilidad de un test de toalla (3).

La evaluación de los pacientes con IU debe empezar con una historia comprensiva, incluyendo inicio, duración, descripción del tipo y la severidad de la IU, así como eventos precipitantes. Un diario puede ser de ayuda para cuantificar el fluido que se toma y la capacidad funcional vesical. Una examinación física se realiza para enfatizar en la evaluación neurológica, analizando los segmentos espinales S2 a S4, evaluando el tono del esfínter anal con una examinación rectal digital, provocando el reflejo bulbocavernoso por medio de presión sobre el glande y monitorizado por la contracción del esfínter anal externo y evaluando la sensación perineal. La examinación abdominal se realiza para detectar la distensión de la vejiga con IU por sobreflujo. La capacidad de la vejiga por urodinamia también se analiza, porque la mayoría de los pacientes con IU severa tienen baja capacidad funcional por la pobre capacidad de llenado. Pacientes con pobre llenado vesical pueden ser tratados con anticolinérgicos antes de procedimientos anti-IU como la implantación de un esfínter urinario artificial. La cistoscopia puede ser usada antes de cualquier tratamiento quirúrgico para medir las estructuras anatómicas en pacientes con síntomas obstructivos. El grado de coaptación uretral por la cistoscopia también puede ser indicador del grado de insuficiencia del esfínter (18).

Actualmente, existen herramientas que son utilizadas para cuantificar pre operatoriamente el riesgo de IU postoperatoria, pero estas no incluyen datos de urodinamia ni imagen con resonancia magnética para cuantificar el riesgo de IU post PRLAR. La IU afecta hasta un 30% de los pacientes post PR a largo plazo. No hay relación con los datos urodinámicos como predictores de CU post PRLAR debido al cambio de la función de la vejiga (19).

Por lo que varias medidas se han utilizado para la evaluación de la IU, desde estudio urodinámico a test de compresa y auto reporte. Cuestionarios como IPSS, QOL index, OABSS, OAB, ICIQ-SF y EPIC son herramientas útiles para calibrar la

percepción de los pacientes en cuanto a la IU, porque nos permiten obtener información acerca del estatus de los pacientes, tipos de IU, como por estrés o de urgencia, y el estado de la calidad de vida.

Siendo la combinación de cuestionarios y análisis objetivos una ayuda para poder tener una medición más exacta de la CU y calidad de vida postoperatoria (16).

Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC)

El índice más comúnmente usado para analizar la calidad de vida de pacientes con cáncer de próstata es el EPIC. Este cuestionario se origino de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA- prostate cancer index) designado para evaluar la calidad de vida de los pacientes, ya que actualmente las herramientas que se utilizan para medir la continencia urinaria, así como la función eréctil no evalúan la calidad de vida. Motivo por el cual surge esta herramienta, evaluando e integrando información respecto al vaciado y los síntomas de IU del paciente, también reúne información sobre hábitos intestinales, función sexual y hormonal, siendo no solamente útil en pacientes sometidos a cirugía, sino también logrando abarcar otras terapias como los son braquiterapia, radioterapia y tratamiento hormonal, dándonos a conocer la recuperación al paso del tiempo (ultimo mes). Las preguntas sobre continencia cubren tanto hematuria, disuria, chorro y frecuencia, que se resumen en un índice de irritación/obstrucción. Mientras que las preguntas relacionadas con la fuga y el uso de toallas son usadas para definir el índice de IU. Las respuestas a todas estas preguntas son usadas para calcular el índice de suma urinaria que se traduce como calidad de vida (20).

La etiología de la IU post PR es compleja y multifactorial (16). Los mecanismos fisiológicos que contribuyen al control urinario después de PR no están completamente entendidos. Se especula que el daño del esfínter interno y, posiblemente, el externo durante la cirugía pueden contribuir en la IU postprostatectomía (4).

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. Se revisaron los expedientes de los pacientes postoperados de prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot de diciembre de 2014 a diciembre 2017. 67 pacientes se operaron de prostatectomía radical, en todos los casos se realizó cuestionario de EPIC (cuestionario de incontinencia) para evaluación posoperatoria de la continencia urinaria a 6 meses de la cirugía.

Las variables evaluadas fueron: edad, sexo, calidad de vida, fuga y numero de toallas a utilizar

Los resultados fueron evaluados con medidas de tendencia central.

4. RESULTADOS

Se incluyeron 67 pacientes.

La media de edad fue, 63.5 años (DE +/- 7.6), con un Gleason 3+3=6 (bajo riesgo) 27 pacientes (47.8%), con una calidad de vida satisfactoria representando el 50% de los pacientes, así mismo el 36.4% presentó calidad de vida moderada y solo el 1.5% calidad de vida insatisfactoria, en el grupo gleason 3+4=7, se encontraron 8 pacientes (14.8%) con calidad de vida satisfactoria, en el grupo 4+3=7 se encontraron 16.7% con calidad de vida satisfactoria. (Tabla 1).

5. DISCUSIÓN

Lavigueur *et al* (21), analizaron las tasas de recuperación de la CU en razón de la edad en pacientes post PRLAR siendo del 57% en pacientes jóvenes y 33% en mayores de 65 años. En nuestro estudio no se comparó la edad como factor de mayor continencia, pero si la media de nuestra edad fue de 63.5 años.

Se conoce que el incremento de la edad está asociado con una disminución del volumen del músculo del esfínter, disfunción endotelial afectando el aporte vascular de los plexos neurovasculares con degeneración de la vía nerviosa, afectando tanto recuperación de la potencia como la CU (2)(14)(22)(23).

Yamada *et al* (14), demostraron que el peso de la próstata es un predictor independiente de CU a los 3 meses después de PRLAR. Estudios han demostrado que la extensión del tamaño afecta la IU, pero no se ha estandarizado un tamaño universalmente; en el estudio de Bocko *et al*, describen que cuando se tiene un tamaño <75gr tienen una tasa de CU a los 6 meses de 97% y pacientes con una próstata más grande tienen una tasa de CU de 84%, en otro estudio coreano se habla de mejor tasa de recuperación de la CU con un tamaño <40cc y peor cuando es mayor de este tamaño. Por lo tanto, a mayor tamaño, mayor es el tiempo de reconstrucción del cuello de la vejiga y la subsecuente anastomosis vesicouretral, incrementando la fuga urinaria postoperativa. Así como también es difícil la preservación del paquete neurovascular (22).

Kardono *et al* (24), describieron que la preservación nerviosa contribuye al estado de CU después de PRLAR, de igual forma Jarvis *et al* (23), toman en cuenta la resección neurovascular como factor de riesgo.

Fossati *et al* (5), hablan exclusivamente de la experiencia del cirujano como factor de impacto en la recuperación de la CU, donde reportan que entre mayor número de cirugías, mejores serán las habilidades del cirujano y obtendrá mejores resultados quirúrgicos. Inclusive, diversos estudios concluyen que un cirujano debe tener al menos 100 intervenciones de este tipo, para lograr obtener mejores resultados (25).

La función urinaria según Trofimenko *et al* (18), es el predictor individual más fuerte de la salud relacionada con la calidad de vida post PR, ganándole a la modalidad de tratamiento y la función sexual.

Wei *et al* (26), propone que el utilizar esta herramienta (EPIC) como medición de la calidad de vida, ya que incluye dominios que en otras herramientas no se contemplan, como es la diferenciación de síntomas irritativos y obstructivos de la sintomatología urinaria, los cuales se pueden presentar concomitantemente con la incontinencia. Así mismo podemos saber si existe una molestia importante por medio de esta escala. Al compararse con otras escalas como SF-12 (resultados médicos del estudio corto 12, puntuación del componente físico) se obtuvieron mejores resultados al evaluar la calidad de vida en cuanto a patología prostática, sin embargo, este cuestionario no se encuentra con traducciones adecuadas. Aunque en este estudio se aplicó a pacientes manejados con cirugía, terapia hormonal y braquiterapia. Se obtuvieron resultados como continencia urinaria del 80%, función eréctil de 33 %, teniendo una calidad de vida satisfactoria en cuanto continencia urinaria.

Ellison *et al* (27), uso la forma breve de este cuestionario, solo utilizando las preguntas de incontinencia urinaria, se incluyeron 446 pacientes de 2001 al 2010, 224 sometidos a PRLAR, y 222 a PRA, con seguimiento en la consulta a los 3 y 12 meses posteriores a la cirugía, encontrando que el cuestionario presenta una sensibilidad del 90% para incontinencia severa, 93% para incontinencia moderada, dando como resultado una gran herramienta en la evaluación de la continencia urinaria correlacionada con la calidad de vida posterior a la PR. En este estudio se observó que la continencia de estos pacientes fue de 80%, solo el 16 % presentó incontinencia severa, teniendo una pobre calidad de vida utilizando 4 o más toallas diarias. En estudio la mayoría de los pacientes fueron sometidos a PRLAR, a comparación del nuestro solo el 1% presenta incontinencia severa y la mayoría presenta una calidad de vida satisfactoria. Lo que a comparación de la literatura mundial concuerda, en nuestro caso las cirugías fueron realizadas por un solo cirujano, con amplia experiencia en cirugía abierta, lo cual puede ser un factor importante para los resultados quirúrgicos

Chang *et al* (28), en un estudio de 252 pacientes de junio a octubre del 2010, sometidos a PR, radioterapia y tratamiento hormonal, encontrando que los pacientes presentaban una calidad de vida moderada con 25 puntos en cuanto a continencia urinaria, dentro de estos los mayores problemas presentes eran los síntomas irritativos/obstructivos, mientras que en general la calidad de vida post radioterapia en general era mala con un resultado mayor de 30. Estos pacientes tuvieron seguimiento de 3 y 6 meses.

Skolarus *et al* (29), utilizaron el cuestionario breve de síntomas urinarios, en una población de 1,201 pacientes con tumores T1 o T2, de marzo 2003 a marzo 2006 sometidos a PR, braquiterapia, o radioterapia, con un seguimiento a 1, 2 y 3 años, teniendo como resultado incontinencia urinaria al año en el 7.5%, a los 2 años del 10.5% y a los 3 años de igual manera, presentando menores síntomas

obstructivos/irritativos del 4.2 al 5%, encontrando que a los 3 años los pacientes se encuentran con una calidad de vida satisfactoria sin variaciones importantes desde el primer año. Y solo el 0.4% se encuentra completamente insatisfecho. De esta manera se corrobora que el EPIC es un cuestionario que ayuda a los médicos a medir la calidad de vida que llevan los pacientes con cáncer de próstata a largo plazo.

6. CONCLUSIONES

En la literatura mundial se reporta un bajo índice de calidad de vida insatisfactorio, en nuestro caso, es muy similar al resto de la literatura, uno de los factores principales, es que solo se operan por un cirujano, lo cual mejora los resultados, ya que presenta una curva previa en procedimientos abiertos amplia, como podemos observar la mayoría de nuestros pacientes presenta una calidad de vida satisfactoria, seguida de una calidad de vida moderada y solo un pacientes presento calidad de vida insatisfactoria..

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Society AC. Facts & Figures 2018. Am Cancer Soc [Internet]. 2018; Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/acerca.html>
2. Kwon SEYUN, Lee JUNN, Kim HTAE, Kim T, Kim BUPWAN, Choi G, et al. Endopelvic fascia preservation during robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy : Does it affect urinary incontinence ? 2014;(March):506–12.
3. Hikita K, Honda M, Kawamoto B, Tsounapi P, Muraoka K, Sejima T. Evaluation of Incontinence after Robot-Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy : Using the International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire Short Form and Noting the Number of Safety Pads Needed by Japanese Patients. 2017;52–5.
4. Shao I, Chang Y, Hou C, Lin Z, Wu C. Predictors of short-term and long-term incontinence after robot-assisted radical prostatectomy. 2017;
5. Trapani E Di, Gandaglia G, Fossati N, Oglio PD, Buffi M, Guazzoni G, et al. Assessing the Impact of Surgeon Experience After Robot-Assisted Radical Prostatectomy : 2017;XX(Xx):1–6.
6. Lee SH, Seo HJ, Lee NR, Son SK, Kim DK, Rha KH. Robot-assisted radical prostatectomy has lower biochemical recurrence than laparoscopic radical prostatectomy : Systematic review and meta-analysis. 2017;152–63.
7. Surgeon performance predicts early continence after robotic - assisted radical prostatectomy. 2017;
8. Haynes A, Thompson JE, Egger S, Bo M, Matthews J, Rasiah K, et al. Superior Quality

of Life and Improved Surgical Margins Are Achievable with Robotic Radical Prostatectomy After a Long Learning Curve : A Prospective Single-surgeon Study of 1552 Consecutive Cases. 2014;65:521–31.

9. Gandaglia G, Suardi N, Gallina A, Zaffuto E, Cucchiara V, Vizziello D, et al. How to Optimize Patient Selection. 2014;28(7):792–800.
10. Haga N, Aikawa K, Hoshi S, Yabe M, Akaihata H, Hata J, et al. Postoperative urinary incontinence exacerbates nocturia-specific quality of life after robot-assisted radical prostatectomy. 2016;1–6.
11. Hashimoto T, Yoshioka K, Gondo T, Hasama K, Hirasawa Y, Nakashima J, et al. The impact of lateral bladder neck preservation on urinary continence recovery after robot - assisted radical prostatectomy. 2017;1–23.
12. Nelson JB. The Ongoing Challenge of Urinary Incontinence after Radical Prostatectomy. J Urol [Internet]. American Urological Association Education and Research, Inc.; 2017;198(6):1223–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.09.053>
13. Ficarra V, Borghesi M, Suardi N, Naeyer G De, Novara G, Schattelman P, et al. Long-term evaluation of survival , continence and potency (SCP) outcomes after robot-assisted radical prostatectomy (RARP). 2013;338–45.
14. Yamada Y, Fujimura T, Fukuhara H, Sugihara T, Miyazaki H, Nakagawa T, et al. Overactive bladder is a negative predictor of achieving continence after robot-assisted radical prostatectomy. 2017;(November 2011):1–8.
15. Haga N, Takinami R, Tanji R, Onagi A, Matsuoka K, Koguchi T, et al. Comprehensive approach for post - prostatectomy incontinence in the era of robot - assisted radical prostatectomy. 2017;63(2):46–56.
16. Kojima Y, Takahashi N, Haga N, Nomiya M, Yanagida T, Ishibashi K, et al. Urinary incontinence after robot-assisted radical prostatectomy : Pathophysiology and intraoperative techniques to improve surgical outcome Anatomical structure to prevent postoperative. 2013;1052–63.
17. Kadono Y, Ueno S, Kadomoto S, Iwamoto H, Takezawa Y, Nakashima K, et al. Use of Preoperative Factors Including Urodynamic Evaluations and Nerve-Sparing Status for Predicting Urinary Continence Recovery After Robot-Assisted Radical Prostatectomy : Nerve-Sparing Technique Contributes to the Reduction of Postprostatectomy Incontinence. 2015;(August).
18. Tro V, Myers JB, Brant WO. Post-Prostatectomy Incontinence : How Common and Bothersome Is It Really ? 2017;1–8.
19. Honda M, Kawamoto B, Morizane S, Hikita K. A prognostic model for predicting urinary incontinence after robot - assisted radical prostatectomy. 2016;(August):1–8.
20. Murphy G, Haddock P, Doak H, Jackson M, Meraney A, Kesler S, et al. Urinary

Bother as a Predictor of Post-Surgical Changes in Urinary Function Following Robotic Radical Prostatectomy. *Urology* [Internet]. Elsevier Ltd; 2015; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2015.04.041>

21. Lavigueur-blouin H, Noriega AC, Valdivieso R, Hueber P. Predictors of early continence following robot-assisted radical prostatectomy. 2015;9(February).
22. Kumar A, Samavedi S, Bates AS, Coelho RF, Rocco B, Palmer K, et al. Continence outcomes of robot-assisted radical prostatectomy in patients with adverse urinary continence risk factors. 2015;764–70.
23. Jarvis TR, Sandhu JS. Management of Urinary Incontinence after Radical Prostatectomy. 2014;
24. Kadono Y, Ueno S, Yaegashi H, Ofude M, Izumi K, Maeda Y, et al. Urodynamic Evaluation Before and Immediately After Robot-assisted Radical Prostatectomy. *Urology* [Internet]. Elsevier Inc.; 2014;84(1):106–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2014.04.005>
25. Trial N, Haglund E, Carlsson S, Stranne J, Wallerstedt A, Wildera U, et al. Urinary Incontinence and Erectile Dysfunction After Robotic Versus Open Radical Prostatectomy : A Prospective ,. 2015;1–10.
26. Wei BJT, Dunn RL, Sandler HM, Mclaughlin PW, Montie JE, Litwin MS, et al. Comprehensive Comparison of Health-Related Quality of Life After Contemporary Therapies for Localized Prostate Cancer. 2002;20(2):557–66.
27. Ellison JS, He C, Wood DP. Stratification of Postprostatectomy Urinary Function Using Expanded Prostate Cancer Index Composite. *Urology* [Internet]. Elsevier Inc.; 2013;81(1):56–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2012.09.016>
28. Al CP et al. Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice (EPIC-CP). 2011;186(3).
29. Al ST et al. Minimally Important Difference for the Expanded Prostate Cancer Index Composite Short Form. 2015;85(1):101–6.

8. TABLAS

Demográfica

Demograficos	n=67
Edad	63.5 años (*/- 7.6)
Calidad de vida	
Satisfactoria	55
Moderada	11
Insatisfactoria	1
Grupo OMS	
1	37
2	15
3	6
4	4
5	5

Tabla 1.

Calidad de vida/Gleson	1	2	3	4	5
Satisfactoria	50% (34)	1.4% (1)	1.4% (1)	1.4% (1)	1.4% (1)
Moderada	36.4% (24)	1.4% (1)	1.4% (1)	1.4% (1)	1.4% (1)
Insatisfactoria	1.49%(1)				
Total	87.89%	2.80%	2.80%	2.80%	2.80%