

## ¿Cómo cambia tu sexualidad tras la prostatectomía radical?

How does your sexuality change after radical prostatectomy?

Sánchez Alcántara MB<sup>1</sup>, Mellado Castellero A<sup>1</sup>, Jurado López AR<sup>2</sup>, San Martín Blanco C<sup>3</sup>, Prieto Castro R<sup>1</sup>, Anglada Jurado FJ<sup>1</sup>.

1- Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

2- HC Marbella International Hospital. Marbella. España.

3- CIPSA, Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud. Santander. España.

---

### Correspondencia

María Belén Sánchez Alcántara

Avenida Ronda de los Tejares, 19, portal 3, 1º-5.

14005-Córdoba. España.

Correo electrónico: belen\_0410@hotmail.es

---

**Fecha de recepción:** 14 de diciembre de 2021. **Fecha de aceptación:** 21 de diciembre de 2021

---

### Resumen

**Introducción:** La prostatectomía radical (PR) es uno de los tratamientos usados para el cáncer de próstata, el más frecuente entre los hombres. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto sobre la sexualidad en pacientes operados de PR.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal durante el año 2020 sobre la sexualidad en los pacientes operados de PR en el Hospital Reina Sofía de Córdoba durante el 2017, mediante una entrevista personal usando un cuestionario propio.

**Resultados:** Se entrevistaron 49 pacientes. Tras la cirugía, el porcentaje de disfunción eréctil severa pasó de un 4% a un 67%. La rehabilitación peneana fue realizada por el 53% de los pacientes, mejorando su función eréctil en un 73% de los casos. El orgasmo se percibía igual en un 53.1%. Los porcentajes de anorgasmia, disorgasmia y climacturia fueron del 16.3%, 12% y 34%, respectivamente. En cuanto a la aneyaculación, un 27% refería haberle afectado psicológicamente. Un 69.4% experimentó reducción del tamaño del pene y un 4% refirió incurvación del mismo. La libido se mantuvo en un 61.2%. Un 24.5% sufrió ansiedad o afectación de su autoestima. La satisfacción sexual general fue buena en un 63.3% de los pacientes y en un 56.8% de sus parejas. Un 81.8% de las parejas redujeron el número de encuentros sexuales.

**Discusión y conclusión:** La PR puede causar una amplia gama de problemas sexuales, hay que tener en cuenta no solo los problemas de función eréctil, también las alteraciones orgásmicas, el deseo sexual, la autoestima, la corporalidad, etc.

**Palabras clave:** sexualidad, prostatectomía, cáncer de próstata.

## Abstract

**Introduction:** Radical prostatectomy (RP) is one of the treatments used for prostate cancer, the most frequent among the male population. The objective of the study was to evaluate the impact on sexuality in patients undergoing RP.

**Material and methods:** During 2020, a cross-sectional study was conducted on sexuality in patients who underwent RP at the Reina Sofía Hospital in Córdoba during 2017, through a personal interview using an own questionnaire.

**Results:** 49 patients were interviewed. After surgery, the percentage of severe erectile dysfunction went from 4.1% to 67.3%. Penile rehabilitation was performed by 53% of the patients, improving their erectile function in 73% of the cases. Orgasm was preserved by 53.1%. The percentages of anorgasmia, disorgasmia and climacturia were 16.3%, 12% and 34%, respectively. Regarding anejaculation, 27% reported having affected them psychologically. 69.4% experienced a reduction in penis size and 4% reported curvature of the penis. Libido remained at 61.2%. 24.5% suffered anxiety or impairment of their self-esteem. Overall sexual satisfaction was good in 63.3% of the patients and in 56.8% of their partners. 81.8% of couples reduced the number of sexual encounters.

**Discussion and conclusion:** RP can cause a wide range of sexual problems, not only erectile function problems must be taken into account, but also orgasmic disorders, sexual desire, self-esteem, corporality, etc.

**Key words:** sexuality, prostatectomy, prostate cancer.

Todos los autores aceptan la versión enviada. El estudio no tiene financiación externa ni conflicto de intereses.

## INTRODUCCIÓN

La cirugía mediante prostatectomía radical (PR) es una de las opciones terapéuticas para tratar este tumor. Esta cirugía puede provocar incontinencia urinaria y disfunción sexual, además los pacientes sometidos a PR no presentan eyaculación (aneyaculación). Tradicionalmente, estos problemas se han estudiado por separado, y el problema sexual que ha recibido más atención ha sido la disfunción eréctil (DE).

La disfunción eréctil tras la PR es multifactorial. La lesión de los nervios induce factores proapoptóticos y profibróticos en los cuerpos cavernosos. De ahí la importancia de la rehabilitación peneana con las erecciones para favorecer la oxigenación del pene y evitar la fibrosis. La rehabilitación peneana consiste en fomentar las erecciones unas 2-3 veces por semana de manera programada.

Sin embargo, los problemas asociados con el orgasmo, entre ellos la disorgasmia, (definida como una sensación dolorosa al llegar al orgasmo), la incontinencia urinaria durante la actividad sexual y el orgasmo

(denominada climacturia), los cambios sensoriales en el pene, la aneyaculación y la deformidad del pene son efectos secundarios comunes en la PR y no se tratan habitualmente en la consulta.

El objetivo del estudio es evaluar el impacto sobre la sexualidad en los pacientes operados de PR, más allá de la DE, obteniendo un mayor conocimiento y comprensión de la salud sexual en estos pacientes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal durante el año 2020 sobre la sexualidad en una cohorte de pacientes operados de PR en el Hospital Reina Sofía de Córdoba durante el año 2017. Se excluyeron aquellos pacientes que también recibieron radioterapia u hormonoterapia, o aquellos que fueron derivados de otro centro.

El estudio tuvo un enfoque cualitativo usando como método de evaluación una entrevista sexológica usando un cuestionario propio, bajo el consentimiento informado de los pacientes. El estudio comenzó en julio de

2020 y en un periodo de 6 meses se realizaron todas las entrevistas.

La entrevista se realizó de manera individual con la compañía de su pareja, si era posible; y de manera presencial en consulta o por vía telefónica (debido a las dificultades por la situación de pandemia del Covid-19). Aproximadamente la mitad de los pacientes fueron entrevistados por vía telefónica. En la entrevista se preguntaban sobre varios aspectos – edad, orientación sexual, pareja actual, grado de DE percibida por el paciente, antes y después de la cirugía, realización de rehabilitación peneana, calidad orgásmica, presencia de disorgasmia y climacturia, experiencia en cuanto a la aneyaculación, cambios morfológicos en el pene, aspectos psicológicos como ansiedad de rendimiento o calidad de vida, satisfacción general y de la pareja, reducción de encuentros sexuales tras la cirugía, información recibida previa a la intervención y opinión sobre la entrevista – realizando una evaluación sexológica completa. *Anexo 1*

Los datos recogidos se analizaron en un ordenador con el programa estadístico SPSS.

## RESULTADOS

En total se entrevistaron a 49 pacientes, la media de edad en el momento de la entrevista fue de 64 años, con un mínimo de 51 años, siendo un paciente de 74 años el mayor al que se le entrevistó. El tiempo medio que pasó desde la cirugía a la entrevista fueron unos 3 años (39 meses).

De los 49 varones, solo uno de ellos era homosexual (2%), el resto eran pacientes heterosexuales (98%). Y la mayoría tenían pareja sexual estable en el momento de la entrevista (89,8%) un total de 44.

En cuanto a la **DE**, tras la cirugía el porcentaje de DE severa pasó de un 4.1% (previo a la cirugía) a un 67.3 %. Un 18.4 % presentaban disfunción DE moderada, y solo dos pacientes (4.1%) mantuvieron su función eréctil intacta. La **rehabilitación peneana** fue realizada en un 53.1% de los pacientes, un total de 26 pacientes. De los pacientes que realizaron la rehabilitación peneana, 18 lo hicieron con inyecciones de alprostadil (69.2%) 4 pacientes con alprostadil en crema en tratamiento único o combinado con

inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5) (15.4%) y 4 pacientes con IPDE5 (15.4%). Con la rehabilitación peneana las erecciones fueron de buena calidad en un 73.1 % de los pacientes, una erección que les permitía penetrar en pareja aunque de menos calidad en un 23.1% de los pacientes. Y un paciente (3.8%), que refirió erección de mala calidad con leve tumescencia.

El **orgasmo** se veía conservado y se percibía igual en más de la mitad de los pacientes (53.1%). De hecho, dos de ellos referían orgasmos más placenteros (4.1% del total). Un 26.5% referían disminución de la intensidad del orgasmo. Los 8 pacientes restantes (16.3%) no tuvo ningún orgasmo tras la cirugía, aunque 5 de ellos no lo había intentado. *Anexo 2*

El porcentaje de **disorgasmia** en el estudio fue del 12%. La mayoría de los pacientes (88%) no presentaron disorgasmia. De los 5 pacientes que refieren disorgasmia, solo 1 de ellos la definió como un dolor insoportable que no le permitía continuar con la estimulación y por tanto llegar al orgasmo. El resto de pacientes la definió como una leve molestia o escozor. *Anexo 3*

La **climacturia**, se presentó en un 34% de los pacientes que consiguieron llegar al orgasmo. Sería un 28.6% del porcentaje total de pacientes. Todos ellos la definían como leve (escape de algunas gotas, o escasa cantidad), sin afectarle en sus relaciones sexuales, y mejorando con el tiempo. *Anexo 4*

En la mayoría de los pacientes (73%) la **aneyaculación** no presenta un problema para ellos. *Anexo 5*

En cuanto a los **cambios morfológicos en el pene**, un 69.4% experimentó reducción del tamaño del pene y un 4% (2 pacientes) refirieron incurvación del mismo. Uno de estos dos refería ambos (incurvación+dolor). *Anexo 6*

La **libido** parece que se mantenía en más de la mitad de los pacientes (61.2%). Un 28.6% experimentó una ligera disminución de la libido. Y un 10.2% (5 pacientes) afirmaban una disminución importante del apetito sexual. *Anexo 7*

Dentro de los **aspectos psicológicos**, un 24.5% sufrió ansiedad de rendimiento o

afectación de su autoestima, siendo muy evidente en dos de ellos, precisando tratamiento psiquiátrico y psicológico para afrontar la nueva situación. Además hasta un 28.6 % de los pacientes refieren que su calidad de vida ha disminuido.

Podemos decir que la **satisfacción sexual** general en los pacientes era buena solo en un 63.3% de los pacientes. El resto la definían como regular (26.5%) o mala (10.2%). En cuanto a la satisfacción sexual de sus parejas solo el 56.8% se consideran satisfechas sexualmente. El resto consideraban su satisfacción sexual como regular (34.1%) o mala (9.1%). *Anexo 8*

Un 81.8% de los pacientes afirmaron una reducción en **el número de encuentros sexuales** con sus parejas. De hecho 8 de estos pacientes refirieron que nunca más volvieron a mantener relaciones con sus parejas (18.2% del total). El mismo porcentaje de pacientes (18.2%) afirmaron mantener el mismo número de encuentros sexuales. *Anexo 9*

Aunque la gran mayoría aseguraron haber recibido toda la **información** previa a la cirugía; un total de 6 pacientes (12.2%) refirieron que no fueron informados de todos los efectos secundarios de la intervención (DE, aneyaculación, disorgasmia, climacturia, reducción del tamaño, rehabilitación peneana...).

Finalmente, a la pregunta “¿Cree usted que debería proporcionarse un apoyo o seguimiento sexológico, o al menos realizar una entrevista sexológica a pacientes operados de PR?” todos ellos contestaron que sí, aunque un 18.4% de los pacientes afirmaban que ellos, personalmente, no lo necesitaban.

## DISCUSIÓN

Es importante tener en cuenta la complejidad de interpretar las historias personales y detalladas de estos casi 50 pacientes, pues se entrevista sobre un tema íntimo y aún considerado tabú por gran parte de la población y de los y las profesionales.

Realizando una revisión bibliográfica sobre pacientes intervenidos de PR, los índices de **DE** varían entre 14 % y el 97.5 %. Otros estudios lo acotan entre un 25 y 85%. Parece un intervalo demasiado amplio para

una misma técnica quirúrgica. Actualmente, la mayoría de los autores está de acuerdo en que la conservación de los fascículos neurovasculares mejora la conservación de la respuesta eréctil. El porcentaje de pacientes con DE en nuestro estudio fue superior a la media; probablemente porque no se realizó la conservación de haces neurovasculares en muchos pacientes.

La **rehabilitación peneana** fue realizada en prácticamente la mitad de los pacientes, una cifra baja para los beneficios que ésta aporta: mejoría de la función eréctil y prevención de la fibrosis de los cuerpos cavernosos y los cambios morfológicos del pene. El método más frecuente con el que se realizó la rehabilitación peneana fue con inyecciones intracavernosas de alprostadil. Dentro de los pacientes que sí realizaron la rehabilitación, algunos recuperaron la erección y consiguieron desescalar el tratamiento, pero muchos abandonaron el tratamiento por dolor o por desabastecimiento de las inyecciones sin conseguir erecciones de calidad.

Muchas de las causas por las que no se realizó la rehabilitación peneana o se abandonó antes de tiempo, podrían prevenirse en gran medida: con un mejor asesoramiento médico e individualizando el método de rehabilitación peneana (con dispositivos de vacío, por ejemplo, que no se usaron en nuestro centro, o con combinación de IPDE5 y cremas de alprostadil).

La **sensación orgásmica** fue diferente en casi la mitad de los pacientes, muchos de ellos referían que era distinto pero difícil de describir con palabras, muchos coincidían en que era menos placentero y más corto, aunque algún paciente también refirió mayor placer. Cabe destacar que muchos pacientes usaban la palabra orgasmo y eyaculación como sinónimos, sin distinguir el significado de cada una de ellas, teniendo en la entrevista que hacer énfasis en la sensación placentera para que los pacientes entendieran que estábamos hablando de orgasmo.

La tasa de anorgasmia en nuestros pacientes fue baja (16.3%) en comparación con otros estudios que llegan a situarla en torno a un 5-40%. Además, dentro de estos 8

pacientes que presentaron anorgasmia, 5 de ellos ni siquiera habían intentado estimularse, por lo que el porcentaje de anorgasmia real es más bajo (6.1%). Es importante tener en cuenta que hubo pacientes que tras la cirugía no llegaron a estimularse por desconocimiento, por confundir conceptos como erección, eyaculación y orgasmo. Algunos referían que sin erección no sabían que podían masturbarse o si podría ser malo. De ahí la importancia del asesoramiento sexual por parte del profesional sanitario que atiende a estos pacientes.

El orgasmo también podía ser percibido como una sensación dolorosa y desagradable; el porcentaje de **disorgasmia** en estos pacientes se sitúa alrededor del 7-18%, similar a nuestro estudio. Aunque no es un porcentaje muy elevado, es un síntoma a tener en cuenta en estos pacientes.

Según la bibliografía, la **climaturia** mejora con el tiempo y el entrenamiento del suelo pélvico, sin embargo, es un síntoma importante ya que ocurre en el 20-40% de los pacientes operados de PR, similar a las cifras de climaturia de nuestro estudio.

La **aneyaculación** como perspectiva reproductiva no fue importante para ellos, por la edad media de los pacientes. Solo uno de ellos comentó que tenía actualmente una pareja más joven que sí quería tener hijos, pero tampoco lo planteó como un problema. Sin embargo, casi un tercio de los pacientes referían que le había afectado psicológicamente este tema, decían que “ya no era lo mismo”. Por tanto, este punto hay que tenerlo en cuenta en las entrevistas con los pacientes.

Los cambios **morfológicos en el pene** tras la cirugía son evidentes, y aunque algún paciente hace referencia a la mejoría con el tiempo, el impacto emocional que supone en muchos de ellos es importante. Según el estudio “Prevalence and predicting factors for commonly neglected sexual side effects to radical prostatectomies: results from a cross-sectional questionnaire-based study” de Frey A, Sønksen, Jakobsen y Fode, alrededor del 50% de los pacientes experimentan reducción del tamaño del pene, aunque en nuestro estudio la tasa fue superior, con un porcentaje

del 70%, aproximadamente. El porcentaje de incurvación peneana es menor y en ocasiones está relacionado con el uso de las inyecciones de alprostadil.

La imagen corporal es el dibujo mental que tenemos de nuestra propia apariencia. Cuando hay un cambio en la imagen corporal de modo rápido y dramático la persona se siente anormal y sexualmente menos atractiva, ya que se ha visto afectada su corporalidad. De hecho, en estos pacientes se ha objetivado una disminución de la **libido**. En nuestro estudio, prácticamente un 40% de los pacientes reconocían una disminución del apetito sexual, con tasas similares a otros estudios.

La recuperación sexual tras la PR debe centrarse no solo en la función eréctil del pene, sino también en una vida sexual satisfactoria y saludable para los pacientes y sus parejas. Según este estudio, algo más de ¼ parte de los pacientes entrevistados opinaban que su **satisfacción sexual** no era buena y en cuanto a la insatisfacción sexual de sus parejas llegaba casi al 50%, una cifra similar comparada con el estudio “F. Erectile dysfunction and sexual health after radical prostatectomy: impact of sexual motivation” que realizó R Messaoudi. No obstante, hay que aclarar que este último dato fue recogido en ocasiones de manera indirecta por los pacientes, ya que no siempre se podía preguntar de manera personal a las parejas (si la entrevista era telefónica o si no podían acompañar al paciente a la consulta).

En el estudio se descubrió que casi un 20% de los pacientes habían abandonado completamente su actividad sexual, otros intentaban recrear la vida sexual que tenían antes de la cirugía; aunque en general, la mayoría afirmaban haber **reducido el número de encuentros sexuales** con sus parejas. Este porcentaje ronda el 80% de los pacientes, similar al estudio de R Messaoudi. No se puede negar la importancia de la penetración en las relaciones sexuales, pero no debe suponer una obligación; con este estudio podemos demostrar cuán fuertes son las normas sobre sexualidad que tenemos en la actualidad, con un modelo coitocéntrico y falocentrista.

Antes de la cirugía, se debe **informar** a los pacientes de los efectos secundarios mencionados anteriormente. En nuestro estudio, se vio que un 12% de los pacientes no fue informado de todos los efectos secundarios de la intervención surgiendo sentimientos de ambivalencia y arrepentimiento sobre la operación.

La última pregunta del cuestionario era sobre la opinión que tenían los pacientes de la entrevista y si ellos creían que es necesario una evaluación y/o seguimiento sexológico en pacientes operados de PR. Aproximadamente un 20% de los pacientes afirmaban que ellos, personalmente, no necesitaban una ayuda sexológica, no obstante, reconocían que podía ser necesario en otros pacientes. El resto de pacientes sí consideraban necesaria una evaluación y/o seguimiento sexológico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Monroy-Gálvez A, Ríos-Cruzal D, Jiménez-López LA, Martínez-de Jesús FR. Calidad de vida sexual posterior a prostatectomía radical. *Revista Mexicana de Urología*. 2014; 74(3):169-75
- Parra López ML, Lozano Blasco JM, Osman García I, et al. Climacturia after robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. *RevIntAndrol*. 2020 Mar 5; 49-52
- Jimbo M, Alom M, et al. Prevalence and Predictors of Climacturia and Associated Patient/Partner Bother in Patients with History of Definitive Therapy for Prostate Cancer. *J Sex Med*. 2020 Jun; 17(6):1126-1132.
- Clavell-Hernández J, Martin C, Wang R. Disfunción orgásmica después de la prostatectomía radical: revisión de la literatura actual. *Sex Med Rev* 2018; 6: 124-134.
- Capogrosso P, Ventimiglia E, Cazzaniga W, et al. Orgasmic Dysfunction after Radical Prostatectomy. *World J Mens Health*. 2017 Apr; 35(1):1-13
- Fode M, Serefoglu EC, et al. Sexuality Following Radical Prostatectomy: Is Restoration of Erectile Function Enough? *Sex Med Rev*. 2017 Jan; 5(1):110-119
- Frey A, Sønksen J, Jakobsen H, Fode M. Prevalence and predicting factors for commonly neglected sexual side effects to radical prostatectomies: results from a cross-sectional questionnaire-based study. *Sex Med*. 2014 Sep; 11(9):2318-26
- Messaoudi R, Menard J, et al. Erectile dysfunction and sexual health after radical prostatectomy: impact of sexual motivation. *Int J Impot Res*. 2011; 23(2):81-6
- Fernández-Sola C, et al. Social Support in Patients with Sexual Dysfunction after Non-Nerve-Sparing Radical Prostatectomy: A Qualitative Study. *Am J Mens Health*. 2020 Mar-Apr; 14(2):1557988320906977.
- Naccarato AM, Reis LO, Zani EL, et al. Psicoterapia: una pieza que falta en el puzle de la rehabilitación de la disfunción eréctil tras prostatectomía radical. *Actas Urológicas Españolas* 2014; 38 (6): 385-390.
- Cataño JG, Morales CE. Evaluación de la calidad de vida asociada a la salud en los pacientes sometidos a prostatectomía radical abierta por carcinoma de próstata clínicamente localizado. *Urol.Colom*. 2009; 18 (3): 22-30
- Gomez-Veiga F, Cozar JM, Gunthner S, et al. Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Próstata como medida de la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata en España: aplicación a la actividad diaria. *Actas Urol Esp*. 2010; 34(8):686-693
- Máster Universitario en Sexología Médica 4º Promoción. Universidad Europea del Atlántico.

## Puntos Básicos y esquema general del estudio

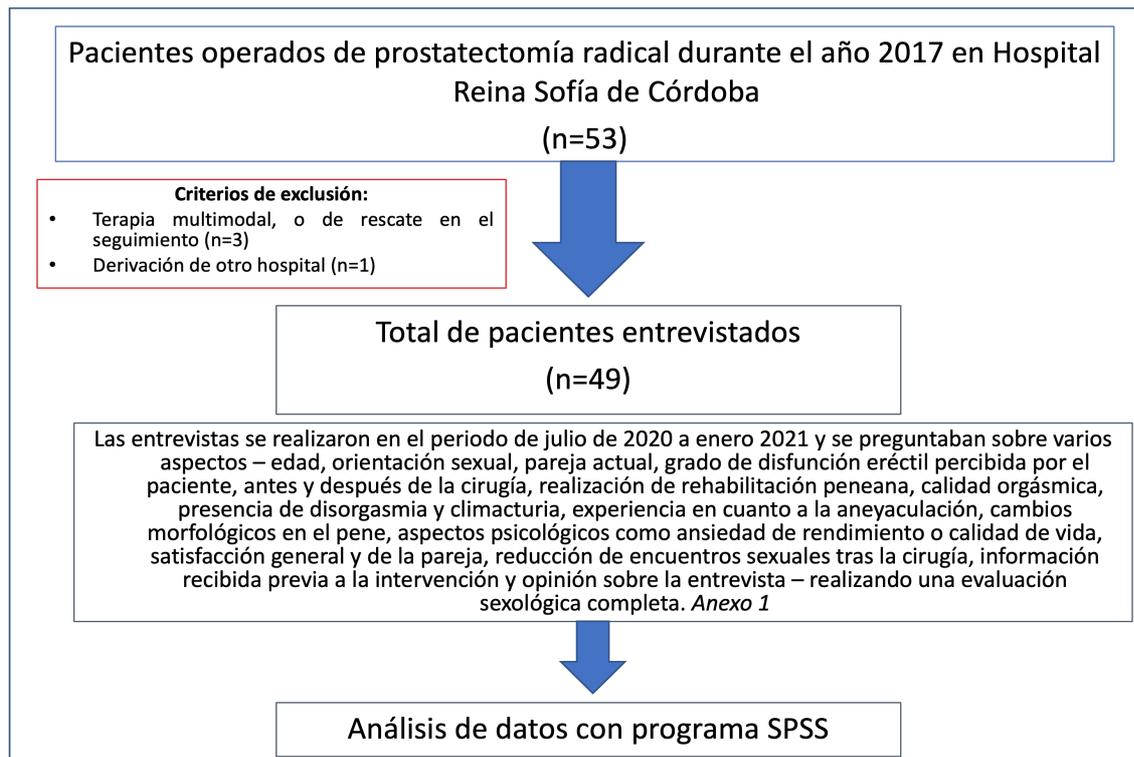
“Lo que sabemos sobre el tema”

- El cáncer de próstata es el tipo de cáncer más frecuente entre la población masculina, con unas tasas de supervivencia muy buenas, por lo que evaluar la calidad de vida y la salud sexual de estos pacientes tras su tratamiento es de vital importancia.
- Las principales complicaciones a largo plazo son la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil. Sin embargo, la esfera sexual del individuo se ve afectada en otros múltiples aspectos.

“Las aportaciones de este estudio”

- La cirugía afectó negativamente las funciones eréctiles y orgásmicas, pero también el deseo sexual, la autoestima y la corporalidad.
- Debemos explorar los conocimientos sobre sexualidad y función sexual de los pacientes; así como resaltar los posibles cambios en la función sexual tras la cirugía y la posibilidad de rehabilitación.

En un ámbito multidisciplinario sería útil designar un especialista en sexología entrenado en rehabilitación sexual.



Estudio descriptivo transversal durante el año 2020 sobre la sexualidad en una cohorte de pacientes operados de prostatectomía radical en el Hospital Reina Sofía de Córdoba durante el año 2017

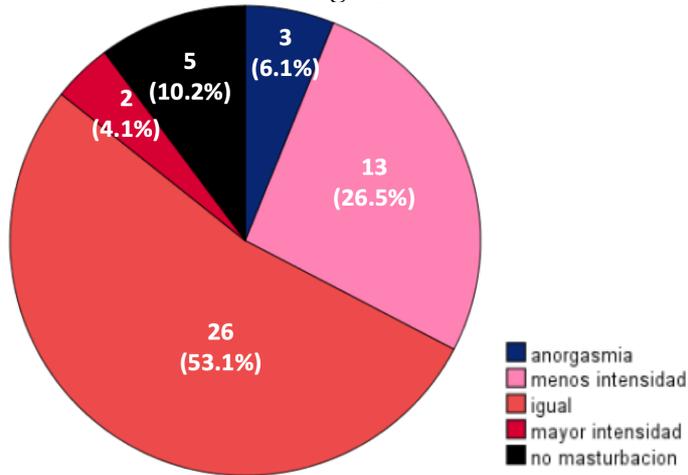
## Tablas y figuras

### *Anexo 1. Evaluación sexológica*

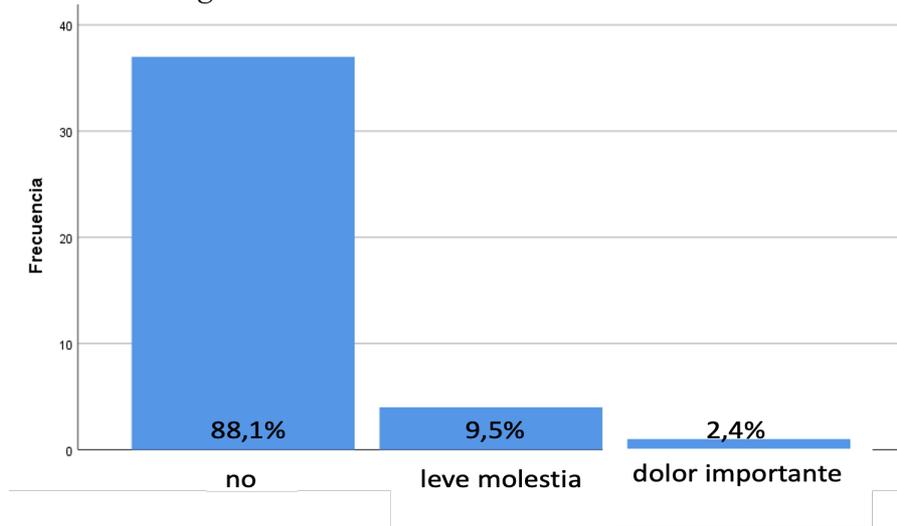
1. Fecha de la entrevista y fecha de la cirugía
2. Edad en el momento de la entrevista
3. Orientación sexual: heterosexual, homosexual u otros
4. Pareja sexual actual: sí o no
5. Disfunción eréctil (DE) previa a la cirugía según la Escala de Firmeza de la Erección:
  - a) DE severa (Nada de erección)
  - b) DE moderada (Leve tumescencia)
  - c) DE leve (Erección de menor calidad pero que permite penetrar en pareja)
  - d) Erección de buena calidad
6. Grado de disfunción eréctil tras la cirugía sin la toma de ninguna medicación
  - a) DE severa
  - b) DE media
  - c) DE leve
  - d) Erección de buena calidad
7. Realización de rehabilitación peneana, considerándose la rehabilitación peneana como la provocación de erecciones unas 2 o 3 veces por semana de manera programada para favorecer la oxigenación del pene y evitar la fibrosis: sí o no
8. Tratamiento que haya probado para la disfunción eréctil y /o rehabilitación peneana
  - a. Pastillas: inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5)
  - b. Cremas de alprostadil intrauretral
  - c. Tratamiento combinado con cremas de alprostadil e IPDE5
  - d. Inyecciones intracavernosas de alprostadil
  - e. Prótesis de pene
9. Grado de erección con el tratamiento
  - a. Nada de erección
  - b. Leve tumescencia
  - c. Erección que permite penetrar en pareja
  - d. Erección de buena calidad
10. Tratamiento que usa actualmente
  - a. Pastillas: IPDE5
  - b. Cremas de alprostadil intrauretral
  - c. Tratamiento combinado con cremas de alprostadil e IPDE5
  - d. Inyecciones intracavernosas de alprostadil
  - e. Prótesis de pene
11. Si no llegó a realizar rehabilitación peneana o actualmente no mantiene el mismo tratamiento: Motivos por los que tomó esa decisión
12. Alteraciones orgásmicas: anorgasmia, orgasmo de menor, igual o mayor intensidad
13. Disorgasmia, definida como dolor al llegar al orgasmo: sí o no y la intensidad del dolor
14. Climacturia, definida como incontinencia urinaria con el orgasmo: sí o no
15. Cambios morfológicos en el pene: reducción de tamaño y /o curvatura
16. Eyaculación: si le ha afectado en su sexualidad
17. Disminución de la libido: no, un poco, mucho
18. Ansiedad de rendimiento y/o afectación del autoestima por los cambios sufridos tras la cirugía: nada, poco o mucho
19. Satisfacción sexual general: buena, regular, mala
20. Satisfacción de la pareja: buena, regular, mala
21. Reducción del número de encuentros sexuales debido a la cirugía: no, un poco, mucho
22. Disminución de la calidad de vida tras la cirugía: sí o no

23. ¿Fue informado previamente de todos estos efectos secundarios?  
 24. ¿Cree que se debería proporcionar una evaluación y/o seguimiento sexológico a pacientes operados de prostatectomía radical?

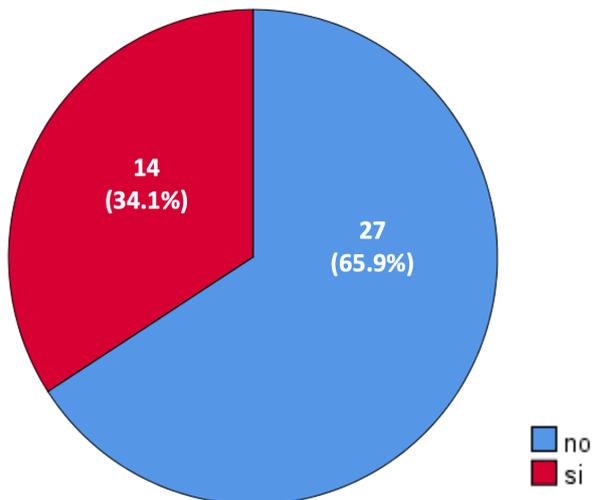
Anexo 2. Intensidad del orgasmo



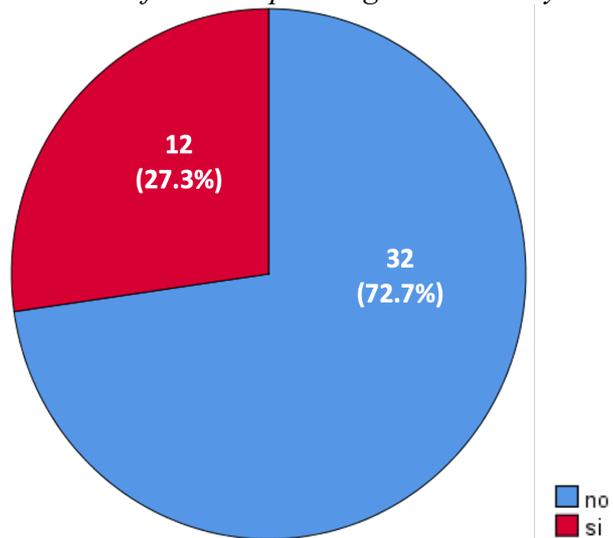
Anexo 3. Disorgasmia



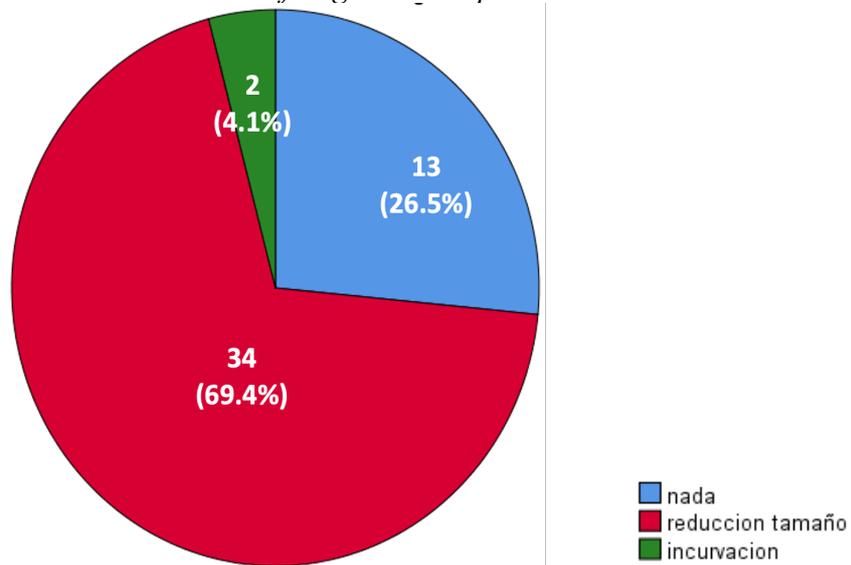
Anexo 4. Climacturia



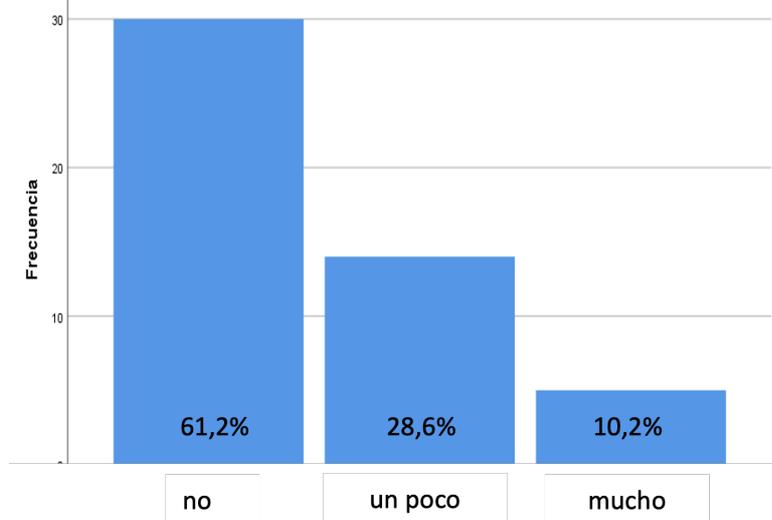
*Anexo 5. Afectación psicológica de la aneyaculación*



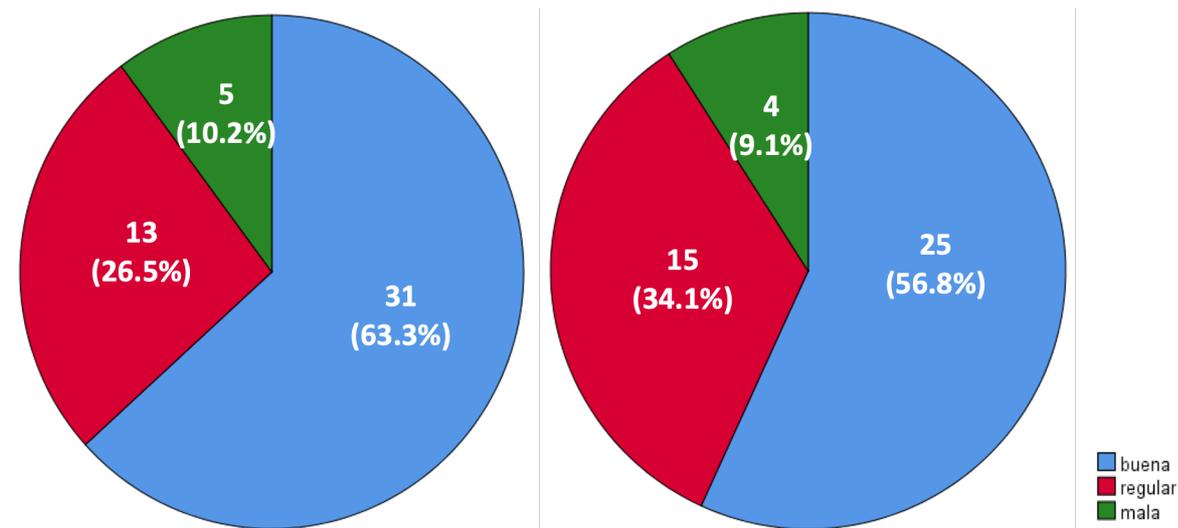
*Anexo 6. Cambios morfológicos en el pene*



*Anexo 7. Disminución de la libido*



Anexo 8. Satisfacción sexual del paciente y la pareja



Anexo 9. Reducción del número de encuentros sexuales

