



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**



**ISSSTE**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
FOLIO: 378.2016**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**HOSPITAL CENTRO MEDICO NACIONAL  
"20 DE NOVIEMBRE"**

**"IMPACTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA  
FUNCIÓN SEXUAL EN LOS PACIENTES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL  
20 DE NOVIEMBRE"**

**PROTOCOLO DE TESIS DE  
POSTGRADO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO  
ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA**

**PRESENTA  
DR. MARIO CESAR PERALTA MATEO**

**DIRECTOR DE TESIS:  
DR. JESÚS GERARDO LÓPEZ GÓMEZ**

**CIUDAD DE MÉXICO JULIO 2016**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## APROBACIÓN DE TESIS

---

**DRA. AURA. A. ERAZO VALLE SOLIS**  
**SUBDIRECTOR DE ENSEÑANAZA E INVESTIGACION**

---

**DRA. MAYRA VIRGINIA RAMOS GÓMEZ**  
**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN**  
**EN GASTROENTEROLOGÍA C.M.N. “20 DE NOVIEMBRE”**

---

**DR. JESÚS GERARDO LÓPEZ GÓMEZ**  
**DIRECTOR DE TESIS**

---

**DR. MARIO CESAR PERALTA MATEO**  
**AUTOR DE TESIS**

**“IMPACTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA  
FUNCIÓN SEXUAL EN LOS PACIENTES DEL CENTRO MEDICO  
NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE”**

## **AGRADECIMIENTOS**

En todo el acontecer de nuestra vida siempre es importante el hecho de superar obstáculos que se nos presentan durante nuestro transcurrir por la misma. Es aquí cuando el soporte y ayuda de personas es tan importante y por esto debemos de ser agradecidos con todos y cada una de ellas. Esta es la razón por la que dedicare unas líneas para agradecer profundamente primero a Dios y luego a estas personas que han sido parte esencial en mi proceso de formación tanto humana como profesional.

Primero a Dios por ofrecerme la fe y fuerza espiritual para desenvolverme en las diferentes facetas que se nos presentan día a día.

A mis padres quienes con amor y dedicación me han brindado el apoyo y soporte necesario para seguir adelante en todo este proceso de crecimiento y superación. A ellos un millón de gracias.

Mi bella hija Lynette por ser la fuente inspiradora en todo peldaño que vamos subiendo a través del tiempo, con su inocencia y ternura me ha guiado y motivado en todo cuanto acontece en mi vida

A mis hermanos por el respaldo incondicional y esa mano amiga cuando hemos sentido la más grande de las dificultades.

A mis compañeros Hugo, Lety y Brenda por servir de fuente enriquecedora de conocimientos y sostén mutuo en esta etapa de formación

Quiero agradecer también a mis profesores ya que sin su guía no sería posible lograr el objetivo de cada vez ser un mejor profesional.

Por último y no menos importante dedico este trabajo final a todos los pacientes quienes nos han confiado en todo momento algo tan preciado como su salud, permitiéndonos aplicar los conocimientos teóricos para que cada vez seamos profesionales más acabados, más éticos y mucho más humanos. Gracias desde los más profundo ya que sin ustedes esto no sería posible.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	7
ABSTRACT .....	9
INTRODUCCIÓN .....	12
MARCO TEÓRICO .....	24
JUSTIFICACIÓN .....	44
OBJETIVOS .....	46
Objetivo General.....	46
Objetivos Específicos .....	46
MATERIAL Y MÉTODOS.....	48
RESULTADOS.....	53
DISCUSIÓN .....	64
CONCLUSIONES .....	72
BIBLIOGRAFÍA .....	73
ANEXOS .....	79

## RESUMEN

**Antecedentes:** La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) está conformada por dos categorías nosológicas principales: la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU); ambas presentan rasgos clínico-patológicos que se superponen y otros que difieren claramente<sup>1</sup>. El manejo médico siempre tendrá como principal objetivo el control de los síntomas digestivos y sistémicos de la enfermedad, pero desde finales de los años 80 la calidad de vida relacionada a la salud ha sido motivo de estudio por diversos autores. A pesar de que la sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida de los pacientes, esta no es tomada en cuenta en los cuestionarios de calidad de vida y el tema de la sexualidad ha quedado relegado en la investigación clínica de los pacientes con EII.

**Objetivo:** Determinar el impacto de la EII en la función sexual en los pacientes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

**Material y método:** Se realizó de un estudio observacional, descriptivo, transversal, prolectivo, de fuente primaria. En el que se incluyeron pacientes sexualmente activos de 18 a 70 años que asistieron a la consulta de EII del Centro Médico Nacional 20 De Noviembre durante julio y agosto del 2016, quienes tenían diagnóstico confirmado de Colitis Ulcerativa o Enfermedad de Crohn por al menos 6 meses. Para evaluar los aspectos fundamentales que podrían afectar la sexualidad de los pacientes con EII se determinó la asociación de la severidad de la actividad clínica con la disfunción sexual, la calidad de vida, el sexo y la edad. La función sexual se midió utilizando el "Cuestionario de Cambios en la Función Sexual" (CSFQ) en sus versiones de hombre y de mujer. La severidad de la actividad clínica de la EII mediante "Índice de Harvey-Bradshaw" para Enfermedad de Crohn e "Índice de True LoveWitts Modificado" para la Colitis Ulcerativa. La calidad de vida de los pacientes se gradó empleando el "Cuestionario de la Calidad de Vida en EII" de 9 preguntas (IBDQ-9). Los datos se tabularon en una base de datos en Microsoft Excel 2013, para Windows. Luego fueron exportados a SPSS versión 19.0, donde se analizaron los datos arrojándose como resultado las tablas de contingencia necesarias para responder los objetivos específicos. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para determinar la significancia estadística de los cruces propuestos.

**Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes, 26 con CU y 14 con EC, con una edad promedio fue de 49.2 años; de ellos el 65% presentaron disfunción sexual. La esfera de la función sexual concerniente al deseo se encontró alterada en el 60% de los individuos, el interés en el 90%, el placer 70%, excitación 82.5%, y el orgasmo en el 77.5%. La proporción de sujetos con disfunción sexual es mayor en aquellos pacientes con actividad de su enfermedad cuando se compara con los que tienen una enfermedad inactiva (72.2% vs. 59.1%,  $p = 0.469$ ). La prevalencia de disfunción sexual fue mayor en las mujeres que en los hombres, encontrándose presencia de disfunción sexual en el 41.2% de los hombres y en el 82.6% de las mujeres ( $p = 0.007$ ). A mayor edad presentada por los participantes mayor proporción de sujetos con disfunción sexual ( $p = 0.509$ ). Se observó que a mayor nivel de calidad de vida percibida por los sujetos, menor proporción de individuos con disfunción sexual ( $p = 0.627$ ).



**Conclusiones:** La disfunción sexual es un aspecto importante en los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal y debe ser explorado en las consultas de control con el fin de brindar un abordaje multidisciplinario al problema en sus diferentes esferas, especialmente en las mujeres y pacientes con actividad de la enfermedad.

**Palabras clave:** *Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Grado de actividad clínica, función sexual, Enfermedad de Crohn, Colitis Ulcerativa.*

## ABSTRACT

**Background:** Inflammatory Bowel Disease (IBD) is composed of two main disease categories: Crohn's Disease (CD) and Ulcerative Colitis (UC); both have clinicopathological features that overlap and others that clearly differ. Medical management will always have as its main objective the control of digestive and systemic symptoms of the disease, but since the late 80s several authors have studied, the health related quality of life. Although sexuality is an important factor in patients' quality of life, this aspect is not taken into account in the quality of life questionnaires and the issue of sexuality has been relegated to the clinical investigation in IBD patients.

**Objective:** To determine the impact of IBD on sexual function in patients in "*Centro Médico Nacional 20 de Noviembre*".

**Material and Methods:** This is an observational, descriptive, transversal, prospective, primary source study. Includes sexually active patients, 18 to 70 years old, who attended to IBD consultation in "*Centro Médico Nacional 20 de Noviembre*" in the information's collection period. The patients have a confirmed diagnosis of Ulcerative Colitis or Crohn's disease for at least 6 months. To evaluate fundamental aspects that might affect sexuality of patients with IBD we associate the severity of clinical activity with sexual dysfunction, quality of life, sex and age. To establish the presence or absence of sexual dysfunction we used "Questionnaire of Changes in Sexual Function" (CSFQ) apply in their versions of men and women. The severity of the clinical activity of IBD by "Harvey-Bradshaw Index" for Crohn's disease and "True LoveWitts Modified Index" for Ulcerative Colitis. We measured the patient's quality of life using the nine questions version of "IBD Quality of Life Questionnaire" (IBDQ-9). Data was tabulated in a Windows Microsoft Excel 2013 database. Then exported to SPSS 19.0 version, the resulting analyzed data was given in contingency tables to meet the specific objectives. Chi square test was used to determine statistical significance of the proposed crosses of variables.

**Results:** Forty patients were included, 26 with UC and 14 with CD mean age was 49.2 years; 65% of them had sexual dysfunction. The sphere of sexual function concerning the desire was found altered in 60% of individuals, interest in 90%, pleasure 70%, excitement 82.5% and orgasm 77.5%. The proportion of subjects with sexual dysfunction is higher in those patients with active disease when compared with those with inactive disease (72.2% vs. 59.1%,  $p = 0.469$ ). The sexual dysfunction prevalence was greater in women than in men, finding the presence of sexual dysfunction in 41.2% of men and 82.6% of women ( $p = 0.007$ ). The older participants had a higher proportion of subjects with sexual dysfunction ( $p = 0.509$ ). It was observed that higher levels of quality of life were perceived in individuals with lower proportions of sexual dysfunction. ( $p = 0.627$ ).

**Conclusions:** Sexual dysfunction is an important factor in patients with inflammatory bowel disease and should be an explored aspect on medical control visits in order to provide a multidisciplinary approach to the problem, especially in women, and patients with active disease.

**Keywords:** *Inflammatory Bowel Disease, Degree of clinical activity, sexual function, Crohn's Disease, Ulcerative Colitis.*

## ABREVIATURAS

**EII:** Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

**EC:** Enfermedad de Crohn (EC)

**CU:** Colitis Ulcerosa (CU)

**RFIPC:** del inglés *Rating Form of IBD Patient Concerns*

**CMN:** Centro Médico Nacional

**CSFQ:** del inglés *Changes in Sexual Functioning Questionnaire*

**IBDQ-9:** del inglés *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*

**p-ANCA:** anticuerpo anti-citoplasma de los neutrófilos con tinción perinuclear

**ASCA:** anticuerpo anti-*Saccharomyces cerevisiae*

**OMpC:** anticuerpo porina-C de la membrana

**5ASA:** mesalazina

## INTRODUCCIÓN

El concepto de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) está conformado por dos categorías nosológicas principales: la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU); ambas presentan rasgos clínico-patológicos que se superponen y otros que difieren claramente. Ambas entidades nosológicas son enfermedades crónicas y a través del tiempo, se han establecido distintas teorías acerca de su aparición, y desarrollo, sin embargo, hasta el día de hoy sigue siendo desconocido su origen para el mundo de la medicina. Una de las teorías propuestas es que se producen por una respuesta inmune no controlada de la flora intestinal en sujetos genéticamente susceptibles.<sup>1</sup>

Khor et al.<sup>2</sup> describen que esta enfermedad puede presentarse en cualquier etapa de la vida, sin embargo el diagnóstico se hace habitualmente en pacientes de entre 20 y los 40 años. Entonces se tiene una enfermedad cuya historia natural es de inicio temprano, curso crónico, y con la mejoría del tratamiento médico en las últimas décadas se ha logrado una expectativa de vida similar a la población general.

El manejo médico siempre tendrá como principal objetivo el control de los síntomas digestivos y sistémicos de la enfermedad, pero a partir del desarrollo de un cuestionario para determinar la calidad de vida relacionada a la salud en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en 1989 por Guyatt et al.<sup>3</sup>, la calidad de vida ha sido motivo de estudio por diversos autores.

A pesar de que la sexualidad es un aspecto importante en la calidad de vida de los pacientes, esta no es tomada en cuenta en los cuestionarios de calidad de vida. El tema de la sexualidad, que es una de las preocupaciones de estos pacientes, ha quedado relegado en la investigación clínica de los pacientes con EII y más aún en su aplicación en la práctica clínica.

La función sexual, que abarca un amplio espectro de cuestiones fisiológicas, biológicas y psicosociales, es un aspecto importante del funcionamiento psicosocial y puede afectar significativamente la calidad de vida. En los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal esto es particularmente importante debido a que pueden experimentar cambios físicos significativos relacionados a su enfermedad. Gazzard et al.<sup>4</sup>, en 1978 fueron los primeros en estudiar la asociación de la enfermedad de Crohn con la disfunción sexual, en el estudio incluyeron a 85 pacientes ambulatorios con diagnóstico de Enfermedad de Crohn y encontraron que el 53.8% de los pacientes casados tenían menor frecuencia de encuentros sexuales con su pareja desde su diagnóstico y un 23.1% cesaron por completo los encuentros sexuales.

Dos años después Hendriksen et al.<sup>5</sup> publicaron un estudio que incluyó a 122 pacientes con Colitis Ulcerativa y los entrevistaron para obtener datos sobre las condiciones de vida familiar, factores emocionales, interacción social, y su desarrollo profesional. Estos resultados fueron comparados con un grupo de 84 pacientes de la misma zona con enfermedades agudas emparejados por edad y sexo. Los problemas sexuales fueron admitidos por similar cantidad de pacientes con CU (12%) que en los

controles (11%). Tanto en hombres como en mujeres la reducción de la libido fue el tipo de problema sexual más reportado por los pacientes con CU.

En 1987 Sorensen et al.<sup>6</sup> encontraron que entre 106 pacientes con Enfermedad de Crohn y 75 pacientes previamente sanos pareados por edad y sexo, ingresados en el hospital por enfermedades agudas de menos de 28 días de duración, reportaron similares cantidades de problemas sexuales en un 13% vs. 12% respectivamente.

Algunos años después, en 1992, Moody et al.<sup>7</sup> investigaron los problemas sexuales de mujeres con enfermedad de Crohn, entrevistando a 50 pacientes que fueron comparadas con controles sanos emparejados por edad. En el estudio se reportó una mayor proporción de pacientes con EC que tenían relaciones sexuales de forma infrecuente o ausente que los controles, en un 24% vs. 4%, respectivamente ( $p < 0.005$ ). Entre los pacientes y los controles que tenían relaciones sexuales, la frecuencia de las relaciones sexuales fue similar. Las razones de la inactividad sexual incluyó dolor abdominal (24%), diarrea (20%) y el miedo a la incontinencia fecal (14%). La dispareunia fue más común en pacientes con EC ( $p < 0.01$ ). Las mujeres con enfermedad perianal fueron más propensas a tener dispareunia ( $p < 0.05$ ).

El año siguiente (1993), el mismo grupo, Moody et al.<sup>8</sup> ampliaron su investigación a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, fueron seleccionados al azar 300 individuos del registro comunitario de EII de Leicester, Reino Unido; y se les envió un cuestionario que valoraba datos demográficos, la percepción de la gravedad de la

enfermedad, tratamiento establecido, antecedentes familiares, fertilidad, frecuencia de las relaciones sexuales y el efecto que la EII tenía en las relaciones personales. Obtuvieron una tasa de respuesta del 80%, 150 cuestionarios fueron devueltos a partir de pacientes y 122 de los controles sanos, pareados por edad y sexo y obtenidos al azar de la lista de medicina general. Los grupos de pacientes y de controles fueron similares en cuanto a edad, duración del matrimonio, estado civil y número con una pareja estable. La dispareunia fue más común entre los pacientes (38%) que en los controles (18%), aunque esto no fue estadísticamente significativo ( $z = 2,6$ ). No hubo diferencia significativa en la frecuencia total de las relaciones sexuales entre los grupos de pacientes y de controles. Las dificultades más frecuentemente reportadas por los pacientes con EII fueron el miedo a la incontinencia fecal, dolor abdominal y la urgencia defecatoria.

Por su parte en 1999, Maunder et al.<sup>9</sup> analizaron la influencia del sexo de pacientes en los diferentes aspectos relacionados a la enfermedad. Incluyeron a 343 sujetos con EII, y recabaron la información usando el "Formulario de Valoración de las Preocupaciones de los Pacientes con EII" (RFIPC, de sus siglas en inglés *Rating Form of IBD Patient Concerns*). En comparación con los hombres, las mujeres reportaron más preocupaciones acerca de los sentimientos relacionados con su cuerpo, atractivo, sentirse solas y tener hijos. Respecto a la preocupación sobre el comportamiento sexual y la intimidad, los hombres con EC informaron menos preocupación que los otros grupos de comparación.

Desde 1999 hasta el 2007 no se encontraron más investigaciones que indagaran el efecto de la enfermedad inflamatoria intestinal en la función sexual de los pacientes,



exceptuando aquellas que valoran este aspecto comparando técnicas quirúrgicas de resección intestinal. En el 2007, Timmer et al.<sup>10</sup> retoman el tema en una investigación cuyo objetivo principal fue evaluar la función sexual en hombres y mujeres con EII en relación con controles sanos. Para ello tomaron una muestra aleatoria de una organización nacional de pacientes con EII (n = 1000); y utilizaron controles sanos pareados por edad y sexo. La función sexual se evaluó mediante el “Índice de Función Eréctil”, en hombres; y el “Índice Breve de Función Sexual en Mujeres”. La tasa de respuesta fue del 41% en los casos, 153 hombres y 181 mujeres. La proporción de pacientes que estaban casados, tenían una pareja, y que estaban sexualmente activos fueron similares entre los casos y controles. La depresión fue el determinante más importante del deterioro de la función sexual. Los hombres con EII en remisión o una actividad leve tuvieron puntuaciones en el “Índice Función Eréctil” similares a los controles. Las mujeres con EII mostraron un deterioro de la función sexual con independencia de la actividad de la enfermedad en comparación con los controles sanos.

En el mismo año Timmer et al.<sup>11</sup> investigaron la asociación entre la función sexual y la enfermedad inflamatoria intestinal, enfocándose en los hombres. Analizaron 280 sujetos con EII usando el “Índice Internacional de Función Eréctil”. Encontraron que las puntuaciones fueron similares entre los pacientes al compararlos con la población en general, con la excepción del deseo sexual. Del grupo clínico, el 44% sintió gravemente comprometida su función sexual debido a la EII. La función eréctil era particularmente sensible a los problemas somáticos (actividad de la enfermedad, diabetes). La influencia del estado de ánimo depresivo se limitó a la satisfacción sexual.

En 2008, los mismos investigadores Timmer et al.<sup>12</sup> enfocaron su investigación hacia las mujeres, examinando los determinantes específicos de la enfermedad que llevan a las mujeres a presentar una función sexual reducida en sus diferentes aspectos. Se incluyeron mujeres de 18 a 65 años con EII. Además, una muestra aleatoria de la organización nacional de pacientes. La función sexual se evaluó mediante el “Índice Breve de Función Sexual en Mujeres”. Se incluyeron 336 pacientes (219 Enfermedad de Crohn, 117 Colitis Ulcerosa). La mayoría de las mujeres reportaron actividad sexual baja en un 63% de las observaciones; 17% ninguna actividad en absoluto; y 20% moderada o alta actividad. El estado de ánimo depresivo fue el predictor más fuerte de los bajos puntajes de la función sexual. La residencia urbana y mayor estatus socioeconómico tuvieron un efecto protector. La actividad de la enfermedad se asoció moderadamente con bajo deseo. La severidad de la evolución de la enfermedad impactó más en la frecuencia de las relaciones sexuales. Los problemas de lubricación fueron más frecuentes en las fumadoras.

En el 2010, Muller et al.<sup>13</sup>, entendiendo que para ese momento aún había escasez de literatura sobre el impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal en las relaciones interpersonales, la imagen corporal y la función sexual desde la perspectiva del paciente; publicaron un estudio donde describieron las percepciones de estos problemas. Incluyeron un total de 347 pacientes, con edades entre los 18 y 50 años, a partir de una base de datos de EII. Obteniendo datos cuantitativos y cualitativos sobre la demografía, las relaciones interpersonales, la calidad de vida, la imagen corporal y la función sexual. La tasa de respuesta fue del 62.5%. Una mayor proporción de mujeres reportaron una

reducción de la frecuencia de la actividad sexual (66.3% mujeres vs. 40.5% hombres,  $P < 0.0001$ ), al igual que los sujetos con antecedentes de cirugía relacionados con la enfermedad (antecedentes quirúrgicos 68.5% vs. no antecedentes quirúrgicos 50.4%,  $P = 0.0113$ ). Las mujeres y los sujetos con antecedentes quirúrgicos relacionados con la enfermedad también reportaron más a menudo disminución de la libido (mujeres 67.1% vs. hombres 41.9%,  $p = 0.0005$ ; antecedentes quirúrgicos relacionados con la enfermedad 67.4% vs. no antecedentes quirúrgicos 52.6%,  $P = 0.035$ ). Un análisis usando regresión logística reveló que el género femenino afecta negativamente la imagen corporal, la libido y la actividad sexual.

Marín et al.<sup>14</sup> en el 2013 evaluaron la prevalencia y los factores que predisponen a la disfunción sexual en pacientes con EII, realizando una encuesta en pacientes con EII con edades entre los 25 y los 65 años de edad, incluyendo controles del mismo sexo y edad sin EII. El cuestionario evaluó la percepción del paciente sobre los efectos de la EII en su sexualidad, y también permitió el cálculo del “Índice Internacional de Función Eréctil” para los hombres o el “Índice de Función Sexual Femenino” en el caso de las mujeres. Se incluyeron un total de 355 pacientes y 200 controles. Ambos grupos fueron comparables a excepción de una mayor proporción de individuos que habían recibido tratamiento para la depresión en el grupo de los pacientes con EII. El 39% de las mujeres y el 35% de los pacientes de sexo masculino consideran que su vida sexual empeoró después del diagnóstico de EII. Encontraron que una mayor proporción de mujeres sentían que el deseo sexual había disminuido después del diagnóstico de EII (47% vs. 29% hombres,  $P = 0.001$ ). El 46% de las mujeres y 30% de los hombres declararon que su satisfacción

sexual empeoró después del diagnóstico de la enfermedad ( $p = 0.044$ ). Entre los pacientes que sintieron que la intimidad había empeorado a causa de la EII, la fatiga fue la queja principal tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, los hombres tienden a culpar a los efectos psicológicos del empeoramiento de la intimidad (depresión, tristeza, incapacidad laboral, probabilidad de resección intestinal), mientras que las mujeres culpan a los síntomas relacionados con la enfermedad (dolor abdominal, diarrea o incontinencia). En comparación con los controles, tanto los hombres como las mujeres con EII mostraron puntuaciones significativamente más bajas en los índices de la función sexual, pero una mayor prevalencia de la disfunción sexual sólo se observaron entre las mujeres. Los predictores independientes de la disfunción sexual en los pacientes con EII fueron el uso de los corticosteroides en las mujeres, y el uso de agentes biológicos, la depresión y la diabetes en los hombres.

En el mismo año, Knowels et al.<sup>15</sup> presentaron un estudio que tuvo como objetivo caracterizar la relación entre la percepción de la enfermedad, la imagen corporal, la salud sexual, la ansiedad, la depresión, y el funcionamiento familiar en pacientes con EII. Setenta y cuatro pacientes con EII completaron un cuestionario en línea. La percepción de la enfermedad fue medida con el “Cuestionario Breve de la Percepción de la Enfermedad”, y la ansiedad y la depresión se midieron utilizando la “Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria”, otras escalas utilizadas fueron la “Escala de Problemas Sexuales”, la “Escala de Satisfacción Sexual”, la “Escala de Funcionamiento Marital”, la “Escala de Funcionamiento Familiar”, y la “Escala de Imagen Corporal y de Conciencia Propia Durante la Intimidad”. Encontraron que la percepción de la enfermedad tenía una

influencia negativa directa sobre la satisfacción sexual. La ansiedad y la depresión se asociaron con reducción de la satisfacción sexual. De los pacientes que manifestaron problemas sexuales el 53.9% de los hombres y 83.6% de las mujeres identificaron la falta de interés sexual como la causa. Ser mujer se asoció con un aumento de los problemas sexuales.

En 2014, Carrera Alonso et al.<sup>16</sup> realizaron un estudio prospectivo donde se planteó si los pacientes con EII tenían una calidad de vida sexual alterada en los momentos en los que su enfermedad se encontraba en fase inactiva o con actividad leve-moderada y cuáles eran los factores fundamentales que podrían estar en relación con dicha disfunción. Los mismos evaluaron la sexualidad de un grupo de 97 pacientes de la consulta de EII del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, y se comparó con la de un grupo control de 103 individuos sanos. Se empleó el “Cuestionario de Cambios en la Función Sexual”, (CSFQ, del inglés *Changes in Sexual Functioning Questionnaire*), que permite estudiar a hombres y mujeres, y el cual valora las diferentes fases de la función sexual. Dichas fases son el deseo, la excitación, el orgasmo y la fase de resolución. Los autores recalcan que dicha distinción tiene relevancia clínica, ya que muchos trastornos de la respuesta sexual, afectan de forma selectiva a alguna de estas fases. El cuestionario CSFQ permite evaluar los diferentes aspectos que definen la sexualidad y es una de las herramientas avaladas para este propósito. Además, se incluyeron en el cuestionario unas preguntas sobre cómo los pacientes consideraban que la enfermedad interfería en su sexualidad. Dichas preguntas se tomaron de estudios previos publicados en la literatura. Encontraron que los pacientes perciben en un 63% que la enfermedad es factor determinante en sus relaciones

sexuales. El dolor durante las relaciones, el cansancio, el miedo a la incontinencia, la preocupación por tener un baño cerca y las alteraciones en la autoestima, han sido algunos de los factores que según los pacientes dificultan sus relaciones sexuales. El 76.6% de las mujeres y el 73% de los hombres consideraron que la sexualidad es un tema importante o muy importante. Además encontraron que los pacientes presentaron un mayor porcentaje de alteraciones de la sexualidad que los individuos del grupo control, en casi todas las subesferas (placer RR 11,3, deseo-frecuencia RR 8,9, deseo interés RR 5,8, excitación RR 25,6 y orgasmo). En las mujeres con EII, el estudio multivariante, identifica como factor principal de disfunción sexual a los trastornos del ánimo, afectando éstos a la globalidad de la sexualidad (RR 10,6) y a las esferas del deseo frecuencia (RR 64,1) y del orgasmo (RR 14,7). Las pacientes con relaciones de pareja más largas, tienen un factor de riesgo significativo de alteraciones en el deseo interés (RR 14,8). Las mujeres con peores puntuaciones en los índices de calidad de vida, tienen riesgo de presentar alteraciones en la sexualidad de forma general (RR 5,9).

En el 2015 Manhood et al.<sup>17</sup> realizaron un estudio prospectivo transversal en los pacientes con EII que evaluaba la función sexual y el impacto de las diversas comorbilidades, así como la actividad de la enfermedad en la función sexual de los pacientes con EII. Obteniendo datos sobre las características demográficas básicas, el “Índice de Función Sexual Femenina” para la función sexual de las mujeres, el “Índice Internacional de la Función Eréctil” para la función sexual masculina, el “Cuestionario de Salud del Paciente” para medir la depresión y la “Escala de Gravedad de la Fatiga” para medir la fatiga. La actividad de la enfermedad fue medida utilizando la “Escala de Mayo

Modificada” para CU y el “Índice de Harvey-Bradshaw” para la EC. La función eréctil, la función orgásmica, y el deseo sexual estuvo deteriorado en 52.4%, 23% y 81% de los hombres incluidos, respectivamente. En los pacientes masculinos, había una mayor prevalencia de disfunción sexual en los pacientes con enfermedad activa contra inactiva (60 vs. 33.3%,  $p = 0.25$ ). Para las mujeres, la disfunción sexual estuvo presente en el 61.5% de las pacientes, con el deseo afectado en el 96.77% y la excitación deteriorada en 57.7%. La lubricación, el orgasmo, satisfacción, y el dolor se vieron afectados en 50, 53, 50, y 54% de las pacientes, respectivamente. Igualmente se observó una tendencia hacia una peor función sexual en pacientes con enfermedades activas en comparación con los pacientes con enfermedad inactiva (73.3% vs. 45.5%;  $P = 0.1$ ). Los pacientes con depresión presentaron mayor proporción de disfunción sexual en comparación con los pacientes que no estaban deprimidos (71.4 vs. 36.8%,  $p = 0.01$ ). La presencia de fatiga no presentó impacto significativo en la prevalencia de la disfunción sexual ( $P = 0.13$ ).

En ese mismo año, Bel et al.<sup>18</sup>, son los últimos que a la fecha han desarrollado una investigación que relaciona la EII con la función sexual. En su estudio tuvieron como objetivo evaluar la función sexual y su asociación con la depresión entre los pacientes con EII, en comparación con un grupo control. Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario basado en el “Índice de Función Sexual de la Mujer”, para las mujeres; y el “Índice Internacional de Función Eréctil”, para los hombres. Otras variables evaluadas fueron la depresión, actividad de la enfermedad, la calidad de vida relacionada con la EII, la imagen corporal, y la fatiga. Fueron incluidos 168 mujeres y 119 hombres, con una tasa de respuesta del 24%. En general, la prevalencia de disfunción sexual no difirió mucho en

los pacientes con EII de la prevalencia de disfunción sexual en los controles: pacientes del sexo femenino, 52%; vs 44% respectivamente; pacientes y controles del sexo masculinos, 25% en ambos casos. Sin embargo, los hombres y las mujeres con una enfermedad activa obtuvieron menores calificaciones que los pacientes en remisión y los controles, lo que indicó un deterioro de la actividad sexual cuando la enfermedad está activa. Se encontró asociación significativa entre la enfermedad activa, la fatiga, el estado de ánimo depresivo, calidad de vida, y la función sexual tanto para los pacientes masculinos y femeninos. La asociación entre la actividad de la enfermedad y la función sexual estuvo totalmente mediada por la depresión.



## MARCO TEÓRICO

### Concepto Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

Bajo este término se agrupan una serie de trastornos inflamatorios del intestino, algunos cursan con etiología conocida y otros en los que el factor responsable es incierto, así lo describieron Hinojosa et al.<sup>19</sup>. En este último grupo de trastornos de etiología desconocida y a los que la clínica hace referencia de enfermedad inflamatoria intestinal se incluyen dos grandes exponentes; la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) y la Enfermedad de Crohn<sup>20</sup>. Farmer et al.<sup>21</sup> coinciden en que ambas entidades difieren de forma significativa en su curso clínico, pronóstico y respuesta al tratamiento médico, así como a la necesidad de intervención quirúrgica y la respuesta a la misma. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una enfermedad idiopática causada por una respuesta inmune mal regulada al acoger la microflora intestinal<sup>20</sup>.

### Epidemiología

La colitis ulcerosa, afecta aproximadamente a 500.000 personas en los Estados Unidos con una incidencia de 8 – 12 por 100.000 habitantes por año; la incidencia se ha mantenido relativamente constante durante las últimas cinco décadas<sup>22</sup>.

Según Loftus et al.<sup>23</sup> la prevalencia de EII (sumadas CUCI y EC), en Norteamérica (USA y Canadá), oscila entre 320 a 511 por 100.000 habitantes, en cifras absolutas se estima que entre 1,1 y 1,7 millones de personas presentan EII sumando estos países. Así mismo, existen algunos reportes de prevalencia en Latinoamérica, específicamente trabajos hechos en Brasil, Puerto Rico, Panamá y Argentina que reportan incidencia entre 1,2 a 4 por 100.000 habitantes y prevalencias de 20 a 100 por 100.000 habitantes, pero

mayor de la que se percibe y se cree en aumento <sup>24-26</sup>. Todo esto comparado con los resultados de Burisch et al.<sup>27</sup> donde describen que nuevos datos epidemiológicos sugieren que la incidencia y prevalencia de la EII se encuentran en aumento, así como se ha producido un cambio significativo en la terapia médica y el manejo de la misma en la última década. Se estima que unos 2,5 hasta 3 millones de personas en Europa se ven afectados por la EII, con un coste sanitario directo de 4 a 5 billones de euros año.

En cuanto al sexo, estudios de todo el mundo han mostrado un pequeño aumento en el riesgo de EC entre las mujeres. La mayoría de los informes muestran una relación de mujer a hombre en pacientes adultos de 1.3: 1. En cuanto a la población pediátrica esta equivalencia se invierte, con más niños que padecen de EC en comparación con las niñas. La EC se diagnostica con mayor frecuencia en personas entre 15 a 30 años de edad, aunque la edad al momento del diagnóstico puede variar desde la primera infancia y durante toda la vida, demostrando que la edad media de diagnóstico es aproximadamente de 30 años<sup>28</sup>.

Por su parte, la CUCI puede ocurrir a cualquier edad, aunque el diagnóstico antes de los 5 años o posterior a los 75 años es poco común. El pico de incidencia de la CUCI se produce en la segunda y tercera década de la vida, sin embargo, se ha informado de un segundo pico más pequeño en los adultos mayores que se encuentran entre los 60 y 70 años. Este segundo pico de incidencia de la enfermedad es menos pronunciada que la de los EC. La mayoría de los estudios no han mostrado ninguna diferencia de género en la ocurrencia de la CUCI, y una proporción hombre-mujer de casi 1:1 que se aplica a todos los grupos de edad<sup>29</sup>.

## **Etiología**

Royero et al.<sup>30</sup> proponen que la EII es más frecuente en los países desarrollados. Su prevalencia es de cerca de 0.1 a 0.2 % y su tasa de incidencia de unos 2 a 4 por cien mil habitantes. La hipótesis más acertada hoy en día es que se trata de un grupo heterogéneo de enfermedades, con una manifestación final común que es la inflamación de la mucosa, y que en su patogenia están implicados varios factores genéticos y ambientales. El resultado de estos fenómenos combinados conduce a una respuesta inmunitaria alterada frente a uno o varios antígenos de la mucosa, e implica bacterias comensales en una disregulación de las células T de la mucosa determinada genéticamente.

La combinación de marcadores clínicos, subclínicos y genéticos ha llevado a definir perfectamente subconjuntos de pacientes con CUCI y EC que pueden tener diferentes tipos de inflamación de la mucosa. En la hipótesis actual de la EII las bacterias de la luz intestinal y otros antígenos del medio ambiente son recogidos por el sistema inmunitario de la mucosa. El tipo de antígeno y la base genética afectan al tipo de célula T que se genera por esta interacción. En la EC se desarrolla una respuesta inmunitaria dominada por Th.1, mientras que en la CUCI predomina una respuesta de Th.2. Una vez activadas estas células, liberan citoquinas que son controladas por una serie de genes. Esta activación celular resiste a la regulación correctora normal de la mucosa. Esta resistencia lleva a la ampliación de la cascada inflamatoria y de lesión tisular por varios mediadores inflamatorios localmente inducidos<sup>31,32</sup>.

## **Colitis Ulcerativa**

La colitis ulcerosa (CUCI) es una enfermedad crónica que se caracteriza por la inflamación difusa de la mucosa limitada al colon. Implica el recto en aproximadamente 95% de los casos y puede extenderse de manera proximal en un simétrico, circunferencial, e ininterrumpido patrón que involucra a partes o todo el intestino grueso<sup>24</sup>.

## **Diagnóstico de la Colitis Ulcerosa**

### ***Signos y síntomas***

El síntoma clínico es la diarrea sanguinolenta que con frecuencia se acompaña de síntomas prominentes de urgencia rectal y tenesmo<sup>24</sup>. Su curso clínico se caracteriza por exacerbaciones y remisiones, que pueden ocurrir espontáneamente o en respuesta a cambios en el tratamiento o enfermedades intercurrentes.

En los casos más graves pueden destacar la fiebre y la pérdida de peso. La gravedad de los síntomas se correlaciona con la gravedad de la enfermedad. Hasta un 30% de los pacientes con proctitis pueden referir estreñimiento y heces duras. La urgencia fecal, la sensación de evacuación incompleta y la incontinencia fecal son también manifestaciones comunes. En la fisiopatología de la diarrea en la CU intervienen varios mecanismos, pero la absorción insuficiente de sodio y agua es quizás el factor predominante. Además la motilidad del colon se altera con la inflamación, y por ende un tránsito rápido.<sup>33,34</sup>

Los pacientes pueden experimentar molestias abdominales inferiores vagas, un dolor continuo en fosa ílica izquierda o un dolor abdominal tipo cólico intermitente antes de la defecación. La enfermedad de actividad moderada o grave puede asociarse a síntomas sistémicos, como fiebre, náuseas y vómitos, además presentar síntomas debidos a la anemia y la hipoalbuminemia, como la astenia, la disnea y el edema periférico.<sup>34, 35</sup>

La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad que perdura toda la vida y se estima que surge de la interacción entre factores genéticos y ambientales, observados principalmente en países desarrollados. Se desconoce la etiología precisa, y por lo tanto no se dispone de terapia médica que cure por completo la enfermedad. Acorde al continente Europeo existe un gradiente norte-sur respecto a la incidencia de la misma, sin embargo, en los últimos años parece haber incrementado la incidencia en los países del sur y del este<sup>36, 37</sup>. Los pacientes pueden vivir con sintomatología marcada a pesar del tratamiento médico, tanto así que se plantea que el 66% describen interferencia con su trabajo y el 73% con sus actividades recreativas<sup>38</sup>.

### **Enfermedad de Crohn (EC)**

De acuerdo de Guillén Rodríguez<sup>39</sup> la enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno inflamatorio crónico que puede afectar cualquier parte del tracto gastrointestinal y aunque la enfermedad es más común en la juventud, puede afectar a personas de todas las edades. La EC tiene un impacto global en la educación, el trabajo, las relaciones sociales y la vida familiar de los pacientes. La EC es una enfermedad idiopática, crónica, recidivante y de base inmunológica cuya patogénesis no se conoce por completo, aunque

se cree que está influenciada por factores ambientales y eventos desencadenantes en pacientes genéticamente susceptibles. Su incidencia es de 5,6 / 100 000 habitantes (80% más frecuente en el norte de Europa). Pico de incidencia máximo entre los 15-30 años. La prevalencia de esta entidad radica en 10-20 veces superior a su incidencia.

Es importante mencionar, que la Enfermedad de Crohn, como entidad per sé, clásicamente se ha considerado que se presenta en personas jóvenes. Sin embargo, se ha detectado que entre el 5 y el 15% de los pacientes son diagnosticados a una edad que excede los 60 años de edad y que corresponden a una distribución bimodal cuyo pico de incidencia se encuentra entre los 60 y 80 años. Existen datos sobre estudios iniciales que sugieren que la enfermedad inflamatoria intestinal de inicio tardío cursa de forma más agresiva y conlleva mayor mortalidad<sup>40</sup>.

### **Sintomatología**

Las manifestaciones de la Enfermedad de Crohn son muy variadas puesto que dependen de numerosas variables como el grado de actividad de la enfermedad, la localización de las lesiones, la presencia de complicaciones y de manifestaciones extraintestinales, la cirugía resectiva previa; entre otros<sup>32</sup>.

La afectación ileal, acompañada a menudo de la afectación del ciego, puede debutar de forma insidiosa. Algunos pacientes presentan una obstrucción del intestino delgado, quizá precipitada por estasis de alimentos no digeribles, pudiendo evidenciarse matidez o una masa dolorosa en la zona derecha del hipogastrio durante los episodios obstructivos, al examen físico. Los pacientes presentan anorexia, heces blandas

frecuentes, pérdida de peso, fiebre y signos de mal nutrición, siendo el síntoma típico de presentación la diarrea. Pudiendo manifestarse además como una enfermedad ulcero péptica, con dispepsia o dolor epigástrico cuando existe afección gastroduodenal. La presentación esofágica es rara y afecta a menos de un 2% de los pacientes, pudiendo manifestarse en estos casos con disfagia, odinofagia, dolor subesternal y pirosis.<sup>41</sup>

Como para cada una de dichas variables hay diversos criterios, se ha hecho necesario un consenso internacional para unificar en un único criterio las posibles situaciones clínicas. Este consenso se consiguió en el Congreso Mundial de Montreal en el año 2005. En este acuerdo se ha considerado que la enfermedad de Crohn tiene 3 comportamientos evolutivos: inflamatorio, estenosante y penetrante o fistulizante, en cada uno de los cuales puede haber afectación perianal, 4 posibles localizaciones; íleon terminal, colon, ileocólica y proximal y 3 posibles grupos de edad de inicio: antes de los 16, entre los 17 y los 40, y por encima de los 40 años<sup>32</sup>.

Por otro lado, existen otros esquemas de clasificación como la clasificación de Viena para la EC, esta considera la edad de inicio, localización de la enfermedad y comportamiento de la misma. Sin embargo, debido a la ubicación y el comportamiento de la enfermedad se han encontrado datos que permitirían ser altamente correlacionables<sup>42</sup>. Aunque la clasificación de Viena no es ampliamente utilizada la práctica clínica, los investigadores han retomado la misma cada vez más y han evaluado su aplicabilidad y utilidad. La revisión de Montreal del 2005 sobre la clasificación de Viena no ha cambiado

los tres aspectos fenotípicos predominantes en ella, sino que ha realizado modificaciones dentro de cada una de estas categorías<sup>43</sup>.

La enfermedad de Crohn se manifiesta predominantemente en forma de brotes de actividad con diarrea, dolor abdominal, astenia, pérdida del apetito y adelgazamiento. Las manifestaciones perianales son frecuentes e incluyen fisuras, fístulas, abscesos y estenosis. Pueden ser muy sintomáticas e incluso provocar incontinencia.<sup>44</sup>

La malnutrición energético-proteica (MEP), es una complicación particularmente relevante de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Además, de haberse descrito diversas alteraciones del estatus de distintos micronutrientes, algunos de los cuales con importantes funciones metabólicas. En consecuencia, se produce una influencia directa sobre la evolución clínica de estos pacientes y de igual forma, tienen un papel relevante en la fisiopatología del proceso inflamatorio<sup>45</sup>.

### **Manifestaciones Extraintestinales**

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal se considera multisistémica. Alrededor de un 25- 30% de los pacientes con EII presentarán alguna manifestación extraintestinal a lo largo de su evolución, las cuales pueden preceder las manifestaciones gastrointestinales. Las más frecuentes se asocian a la actividad inflamatoria en intestino, siguiendo en otras ocasiones un curso independiente como es en el caso de la colangitis esclerosante.<sup>33</sup>



Las manifestaciones reumáticas de la EII incluyen: artritis periférica, sacroileítis, con o sin espondilitis, similar a la espondilitis anquilosante idiopática. Pueden ocurrir otras características periarticulares, incluyendo tendinitis, periostitis y lesiones granulomatosas de las articulaciones y los huesos. Así como osteoporosis y osteomalacia secundaria a la EII e iatrogénica. La artritis tiende a ser mono o pauciarticular, asimétrica y migratoria. La artritis puede afectar las sacroilíacas y la columna, en especial en varones HLA-B27 con afectación cólica.<sup>46</sup>

En cuanto a las manifestaciones cutáneas, después del eritema nodoso, el pioderma gangrenoso representa la segunda manifestación cutánea más común de la EII (1% -3%). El pioderma gangrenoso es más común en la Colitis Ulcerativa (5% -12%) que en la Enfermedad de Crohn (1% -2%). Otras lesiones de la piel incluyen la psoriasis y estomatitis aftosa<sup>59</sup>.

Otras manifestaciones extraintestinales incluyen las enfermedades hepatobiliares. Dentro de éstas se encuentran el hígado graso no alcohólico, colelitiasis, amiloidosis, colangitis esclerosante primaria, hepatitis autoinmune. Además se incluyen hepatitis o colestasis relacionada con las drogas, hiperplasia nodular regenerativa del hígado, la enfermedad veno-oclusiva hepática y la hipertensión portal no cirrótica, los cuales pueden surgir durante el tratamiento de EII, así como infección reactivada de infección latente específicamente con el virus de la hepatitis B.<sup>48, 49</sup>

Las manifestaciones oculares más habituales son: conjuntivitis, epiescleritis y uveítis anterior (EC). Pueden producirse manifestaciones urológicas como litiasis por hiperoxaluria, fístulas enterovesicales, ureterohidronefrosis por compresión y en casos de larga evolución, amiloidosis renal. En algunos casos el retraso de talla o puberal puede ser la manifestación única de la Enfermedad de Crohn en la infancia.<sup>50</sup>

Se ha demostrado una fuerte influencia de los factores genéticos en la patogenia de las manifestaciones extraintestinales. Se ha percibido un incremento de la susceptibilidad a tener una manifestaciones extraintestinales en pacientes con CUCI en asociación a ciertos alelos en especial, como el caso del HLA-DRB1\*0103 que se relaciona a manifestaciones articulares y oculares. Por su parte el HLA-B8/DR3, muestra afinidad con la aparición de la colangitis esclerosante primaria<sup>35</sup>.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de la CUCI y EC se basa en la presencia de un cuadro clínico sugerente apoyado por alteraciones encontradas a la endoscopia, histología, radiología y serología. La presencia de anemia, elevaciones de la velocidad de sedimentación, proteína C reactiva, glóbulos blancos y plaquetas permitirán determinar de manera indirecta el nivel de severidad de la actividad de la EII.

En la CUCI se ve la mucosa edematosa, granular, hiperémica, friable y en caso de mayor severidad se aprecian úlceras de tamaño variable <sup>60</sup>. En pacientes con CUCI de larga evolución es frecuente encontrar la pérdida de las haustras y un colon de menor longitud. La colonoscopia permite determinar la extensión del compromiso de la CUCI de

tal manera que el compromiso aislado de la mucosa rectal corresponderá a una proctitis, el compromiso de recto y sigmoides a una proctosigmoiditis, el compromiso hasta ángulo esplénico a una colitis izquierda y el compromiso continuo hasta más allá del ángulo esplénico a una pancolitis.

Los estudios con bario visualizan de manera precisa la localización anatómica de la enfermedad, detectar signos de inflamación activa y perfilar las complicaciones transmurales de la enfermedad de Crohn, constituyendo el tránsito de intestino delgado la modalidad principal cuando se sospecha una inflamación de este segmento, aunque la endoscopia con capsula cada vez más se usa para esta indicación. La tomografía axial computarizada de abdomen tiene un gran valor para discernir las características extraluminales, siendo este estudio fundamental para identificar las complicaciones supurativas de la enfermedad de Crohn, como el absceso intraabdominal y el retroperitoneal.<sup>52, 53</sup>

Otras modalidades que suelen ser útiles son la ecografía, la resonancia magnética y la gammagrafía. La ecografía se usa sobre todo para excluir otras causas de dolor abdominal, como las causas biliares y ginecológicas. Los avances continuos en la ecografía transabdominal, endoecografía y los estudios del flujo vascular pueden proporcionar a veces una mejor precisión y graduación diagnóstica de la actividad de la enfermedad de Crohn. La RM puede visualizar las fistulas perianales complejas mejor que la TC pélvica. Cada vez más pruebas indican que la Gammagrafía con leucocitos puede ser un estudio diagnóstico útil en la enfermedad de Crohn.<sup>54, 55</sup>

De acuerdo a Herraiz et al.<sup>56</sup> la precisión diagnóstica de la enterografía por RM es similar a la de la tomografía computarizada por su alta resolución tisular, sin necesidad de radiación.

En los pacientes que acuden con su primera crisis, la sigmoidoscopia con biopsia suele ser suficiente para confirmar el diagnóstico de colitis ulcerativa. No recomendándose la colonoscopia en pacientes con enfermedad activa por el riesgo de perforación.<sup>57</sup>

Aunque la EC y la CUCI no son reconocidas como enfermedades autoinmunes, varios anticuerpos contra componentes bacterianos y autoantígenos han sido descritos en pacientes con EII. Estas pruebas de laboratorio incluyen el anticuerpo anti-citoplasma de los neutrófilos con tinción perinuclear (p-ANCA); anticuerpo anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA); anticuerpo porina-C de la membrana (OMpC); anticuerpo I2 (homólogo al factor transcriptor de las bacterias); y anticuerpos contra varios epítopes de los carbohidratos de la pared celular de bacterias y hongos. La presencia de estos marcadores no guarda relación con la actividad de la EII. Estudios han planteado que la respuesta de los pacientes con EC al Infliximab es menor en los que presentan títulos p-ANCA positivos en comparación con aquellos p-ANCA negativos<sup>58</sup>.

### **Índice de True-Love and Witts**

La valoración de la actividad de la enfermedad en la CUCI es importante tanto para el pronóstico como para la decisión terapéutica a tomar. Se han diseñado varios instrumentos para ello, uno de los más utilizados el propuesto por Truelove y Witts en

1955<sup>59</sup>. El mismo está formado por una combinación de hallazgos clínicos y parámetros de laboratorio, generando tres estadios de actividad de enfermedad, que son leve, moderada y grave. Este índice considera distintos aspectos como número de deposiciones, temperatura corporal del paciente, latidos por minuto, concentración de hemoglobina y el índice de eritrosedimentación.

### **Índice de Harvey-Bradshaw**

El índice Harvey-Bradshaw es el más práctico y fácil de usar, se basa en variables subjetivas y clínicas. Solo se utilizan 5 variables del *Crohn's Disease Activity Index*, excluyendo el uso de anti diarreico, hematocrito y variación del peso. Evalúa los parámetros en las 24 horas precedentes, es fácil/rápido y permite el control ambulatorio, pero esto lo hace menos seguro pues puede cambiar de un día a otro<sup>60</sup>.

### **Complicaciones**

Dentro de las complicaciones que pueden presentar los pacientes que cursen con CUCI podemos citar el Megacolon Tóxico, una dilatación colónica aguda con un diámetro transversal de 6 cm y la pérdida de haustras en pacientes con un ataque severo de colitis. Así mismo, la estenosis colónica que comúnmente se acompaña de alteraciones en hábitos intestinales, así como diarrea y constipación. Otro aspecto importante dentro de este tópico es la displasia y el cáncer colorectal, teniendo como factores de riesgo de colangitis esclerosante primaria, antecedentes familiares de cáncer colorectal, la edad al momento del diagnóstico de la enfermedad, la gravedad de la inflamación, la presencia de pseudopólipos y posiblemente retrolavado del íleo. Por último, la pouchitis se reconoce como la más común de las complicaciones a largo plazo y se produce una cuando hay una inflamación no específica del reservorio ileal<sup>29</sup>.

En el caso de la EC el riesgo estimado de cáncer colorrectal ha variado mucho y va desde no más riesgo que los que de la población en general a una incidencia estandarizada estimada proporción tan alta como 26.6<sup>28</sup>.

## **Tratamiento**

### **Tratamiento CUCI**

De acuerdo al segundo consenso europeo (Guía ECCO) publicado en 2012, basado en evidencia sobre el diagnóstico y manejo de la colitis ulcerativa<sup>61</sup> se hace referencia al siguiente esquema de tratamiento:

*De acuerdo al lugar de localización de la enfermedad y actividad de la misma.*

*Proctitis:* mesalazina 1 g (5ASA) supositorios una vez al día es tratamiento inicial de elección para proctitis activa leve o moderada. La combinación tópica y oral de mesalazina o esteroide tópico es más eficaz que cualquiera de los mismos por sí solo.

*Colitis en el lado izquierdo:* La Colitis ulcerosa activa con severidad de leve a moderada del lado izquierdo inicialmente debe ser tratada con enemas de aminosalicilato de 1 g/día combinado con mesalazina 2 g/día vía oral. Los corticosteroides sistémicos son apropiados si los síntomas de colitis activa no responden a la mesalazina. En caso de que el paciente presente colitis del lado izquierdo de forma severa es una indicación común para ingreso en el hospital bajo terapia sistémica intensiva.

*Colitis ulcerosa extensa:* La colitis ulcerosa extensa de gravedad leve a moderada inicialmente deben ser tratados con 5-ASA oral 2 g/día, que debe combinarse con mesalazina tópica para aumentar las tasas de remisión si se tolera. Los corticosteroides sistémicos son apropiados en caso de que los síntomas no respondan a la mesalazina. Cuando se presenta el caso de Colitis extensa severa el paciente debe ser ingresado al hospital bajo tratamiento intensivo.

*Terapia sistémica una vez ingresado:* Los corticosteroides se dan generalmente por vía intravenosa usando metilprednisolona 60 mg / 24 h o hidrocortisona 100 mg cuatro veces al día. El tratamiento debe ser dado por un período definido como terapia que se extiende de 7 a 10 días máximo. La respuesta del paciente se observa a partir del tercer día, sin embargo la colectomía se debe discutir en pacientes con CUCI severamente activa que no responden a esteroides intravenosos. La segunda línea consiste en implementación de ciclosporinas, infliximab o tacrolimus. Si no hay mejoría dentro de 4-7 días de terapia de rescate, se recomienda la colectomía.

### **Tratamiento Enfermedad de Crohn**

De acuerdo a la Guía ECCO de 2012, basándose en evidencia sobre el diagnóstico y manejo de la Enfermedad de Crohn se hace referencia al siguiente esquema de tratamiento<sup>61</sup>:

#### **De acuerdo a al lugar de afección de la enfermedad y actividad:**

- Enfermedad de Crohn ileocecal localizada ligeramente activa: La budesonida 9 mg al día es el tratamiento preferido.

- Enfermedad de Crohn ileocecal localizada moderadamente activa: budesonida 9 mg/día o con corticosteroides sistémicos. Los antibióticos se pueden agregar si se sospecha de complicaciones sépticas. La azatioprina / 6 - mercaptopurina o metotrexato en combinación con esteroides es también una opción adecuada. La terapia anti - TNF se considera como alternativa para los pacientes con evidencia objetiva de la enfermedad activa y que han sido previamente refractaria a esteroides.

- Enfermedad de Crohn ileocecal localizada severamente activa: inicialmente deben ser tratados con corticosteroides sistémicos. Para aquellos que han recaído, terapia anti – TNF con o sin un inmunomodulador es una opción adecuada siempre que haya evidencia objetiva de la enfermedad activa.

- Enfermedad de Crohn colónica: puede ser tratada con sulfasalazina solo si se encuentra medianamente activa o con corticosteroides sistémicos. Para aquellos que han recaído terapia anti – TNF con o sin un inmunomodulador es una opción adecuada para los pacientes con evidencia objetiva de la enfermedad moderada o severamente activa.

- Enfermedad extensa en intestino delgado: debe ser tratada con corticoides sistémicos y tiopurinas o metotrexato. Para los pacientes que han recaído, la terapia anti-TNF con o sin azatioprina es apropiada si existe evidencia objetiva de actividad moderada o grave de la enfermedad. En los pacientes que tienen características clínicas que sugieren un pronóstico pobre, la introducción temprana de tiopurinas, metotrexato y o la terapia anti- TNF es lo indicado.



- Esófago y la enfermedad gastroduodenal: debe ser tratada con un inhibidor de la bomba de protones y si es necesario deben incluirse corticosteroides sistémicos y tiopurinas o metotrexato. La terapia anti - TNF es una alternativa para los casos graves o enfermedad refractaria. La dilatación o cirugía es apropiado para aquellos pacientes que presentan los síntomas obstructivos

#### **Tratamiento de acuerdo al curso o comportamiento de la enfermedad:**

- Enfermedad de Crohn refractaria a esteroides: Los pacientes con evidencia objetiva de enfermedad activa refractaria a los corticoides deben ser tratados con la terapia anti- TNF, con o sin tiopurinas o metotrexato.

#### **Función Sexual en EII**

Los problemas relacionados a las relaciones sexuales están entre las preocupaciones importantes de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII)<sup>11</sup>. La función psicosexual en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal es particularmente relevante, debido a que la mayor incidencia y prevalencia de ésta patología es en pacientes jóvenes<sup>62</sup>.

#### **Epidemiología de la disfunción sexual en la EII**

Se han realizado muchos estudios epidemiológicos sobre el comportamiento sexual y desórdenes durante los últimos 10 años en varios países. Los informes de estos estudios tienen principalmente la prevalencia y la gravedad de los problemas sexuales, tales como disfunción eréctil y trastornos de la eyaculación. Sin embargo, hay pocos

estudios sobre el comportamiento de búsqueda de ayuda para los problemas sexuales en los hombres y las mujeres<sup>52</sup>.

El conocimiento de la extensión y el impacto de la disfunción sexual y las relaciones interpersonales en los hombres con EII es escaso; a pesar de la importancia que posee, debido a que el punto más alto de incidencia y prevalencia de la EII es en pacientes jóvenes entre las edades de 15 a 40 años<sup>62</sup>.

Sobre la sexualidad y la función sexual en la EII ha habido poco progreso, debido a que son los menos evaluados. Gazzard et al.<sup>4</sup>, a finales de 1970, fue el primero en informar de la actividad sexual reducida en una pequeña cohorte de los pacientes con EII. Algunos años más tarde, Moody et al.<sup>7</sup>. Publican hallazgos similares, así como un aumento de la frecuencia de la dispareunia y la candidiasis vaginal entre las mujeres con EC. Desde entonces, sólo unos pocos estudios con mayores cohortes han sido publicados, la mayoría de ellos por el mismo grupo.

La insatisfacción o deterioro funcional es también común en la población general. En los pacientes con EII, se han realizado muy pocos estudios controlados. Todos los estudios fueron pequeños y no utilizaron cuestionarios validados. Moody et al.<sup>7</sup> realizaron un estudio detallado en 45 mujeres con la enfermedad de Crohn y reportaron que el 24% no lo fuera, o eran raramente, sexualmente activas, como resultado de la enfermedad (controles, 4%). Otros estudios no encontraron una diferencia en el prevalencia de problemas sexuales en comparación con los controles sanos.<sup>11</sup>

## **Etiología de la disfunción sexual en EII**

La colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn típicamente afectan a adolescentes o adultos jóvenes y se caracterizan por un curso remitente crónicamente. Muchos de los síntomas, complicaciones y consecuencias de estas enfermedades puedan afectar la imagen corporal, la intimidad y la función sexual<sup>52</sup>.

En pacientes con EII, con frecuencia se hace necesario el abordaje quirúrgico de forma invasiva a nivel abdominal y cirugía pélvica, al igual del uso de potentes terapias basadas en la modulación del sistema inmune y terapias biológicas<sup>62</sup>, que influyen en la imagen corporal, la intimidad y la función sexual.

Determinantes de funcionamiento psicosexual incluyen el estado civil del paciente, la percepción de la imagen corporal, la fertilidad, la función eréctil, la función orgásmica, el deseo sexual y la satisfacción sexual<sup>62</sup>.

La función sexual puede verse afectada negativamente por algunos medicamentos utilizados para el tratamiento de la EII, por la depresión que pueden acompañar a la EII activa, y por proctocolectomía<sup>53</sup>.

La fatiga, el dolor y la diarrea son características típicas de recaída y pueden además ser agravados por las características embarazosas de la incontinencia y los malos olores<sup>63</sup>.

La enfermedad perianal afecta a alrededor de un tercio de los pacientes con enfermedad de Crohn. Muchos requieren cirugía, posiblemente incluyendo la instalación de una permanente o, más a menudo, de ostomía transitoria<sup>63, 64</sup>.

La desnutrición o la terapia médica con corticosteroides también pueden estar asociados con cambios en el aspecto corporal. Además, los trastornos del humor, la depresión en particular, se informó a ser común en la EII. Trastornos del estado de ánimo son, al mismo tiempo, se sabe que constituyen un factor de riesgo importante para la disminución de la función sexual<sup>63, 64</sup>.

Entendiéndose que lo antes expuesto expresa que el comportamiento o modificación del estado de ánimo depende de la severidad de la enfermedad.

## JUSTIFICACIÓN

La EII es una entidad que suele diagnosticarse en adultos jóvenes<sup>2</sup> y con la mejoría de los tratamientos médicos en las últimas décadas hacen que los individuos que la padecen tengan una expectativa de vida similar a la población general. Resultando en una patología que tendrá una larga historia natural, es por esta razón que el cuidado de los pacientes debe ser integral, buscando no solamente el control clínico sino también la normalización de la calidad de vida.

Aunque el objetivo principal de los médicos siempre estará dirigido, a la mejora de los síntomas sistémicos y digestivos de la enfermedad, éstos no son los únicos factores implicados en el restablecimiento de la calidad de vida. Los problemas de la sexualidad se encuentran dentro de las preocupaciones de estos pacientes. La naturaleza crónica e implacable de esta enfermedad, la aparición a temprana edad, y el impacto en los aspectos sociales y los aspectos sexuales cambian significativamente la percepción de la vida, la imagen corporal y la calidad de vida de los pacientes. Además, los adultos jóvenes se encuentran en un tiempo crítico, donde la imagen corporal, formar relaciones interpersonales íntimas, la sexualidad y la fertilidad son temas particularmente importantes.

La sexualidad es una entidad compleja que involucra aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Debido a su complejidad, en pacientes con EII, puede tomar un rol importante por los cambios generados en la imagen corporal. Sin embargo, dicho aspecto no ha sido suficientemente estudiado y generalmente no se tiene en cuenta, al punto de

que la mayoría de los cuestionarios de calidad de vida no incluyen la sexualidad como uno de sus tópicos.

Se requiere prestar una atención integral a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, por lo que se debe abordar la sexualidad de una forma directa y remitir a los especialistas oportunos en caso de detectar una disfunción.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar el impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal en la función sexual en los pacientes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

### **Objetivos Específicos**

1. Determinar la asociación de la severidad de la actividad clínica con la función sexual de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.
2. Establecer la relación entre la severidad de la actividad clínica con la calidad de vida percibida por los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.
3. Definir si existe diferencia en la asociación de la severidad de la actividad clínica con la función sexual de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre según el sexo.
4. Definir la relación entre la severidad de la actividad clínica con la función sexual de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre según la edad.

5. Demostrar la asociación entre la función sexual y la calidad de vida percibida por los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.



## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño**

Estudio observacional, descriptivo, transversal, prolectivo, de fuente primaria.

### **Universo de Trabajo**

Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de la consulta de gastroenterología del CMN 20 de Noviembre del 1ero de junio 2016 a 1ero de agosto 2016.

### **Población de Estudio**

Pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de la consulta de gastroenterología del CMN 20 de Noviembre.

### **Criterios de Inclusión**

1. Pacientes que asistan a la consulta de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Centro Médico Nacional 20 De Noviembre en el período de recolección de la información.
2. Diagnóstico confirmado de Colitis Ulcerativa o Enfermedad de Crohn por al menos 6 meses (confirmación clínica, endoscópica y por imágenes).
3. Edad de 18 a 70 años.
4. Haber iniciado su vida sexual.

### **Criterios de Exclusión**

1. Mujeres que se encuentren embarazadas o lactando.

2. Cáncer avanzado.
3. Enfermedad neurológica que comprometa la movilidad.
4. Insuficiencia cardíaca clase funcional III/ IV.
5. Disfunción eréctil previa al diagnóstico de EII.
6. Dispareunia previa al diagnóstico de EII.

### **Criterios de Eliminación**

1. Negativa del paciente a la participación en el estudio.

### **Definición de Variables**

**Severidad de la actividad clínica de la EII:** Intensidad del brote, que determina el estado sintomático del paciente, y cuya valoración se hará mediante índices clínicos. “Índice de Harvey-Bradshaw” para Enfermedad de Crohn e “Índice de True LoveWitts Modificado” para la Colitis Ulcerativa. Variable independiente. Escala cualitativa ordinal que clasifica los pacientes en enfermedad Inactiva, brote leve, brote moderado y brote severo.

Índice de Harvey -Bradshaw utiliza una puntuación por signos y síntomas. Utilizado por primera vez por Harvey et al<sup>65</sup>. Clasifica los pacientes en Enfermedad Inactiva (< 5 puntos), Brote Leve (5 a 7 puntos), Brote Moderado (8 a 16 puntos) y Brote Grave (más de 16 puntos).

Índice de True Love Witts modificado, es la versión modificada del original de Truelove et al.<sup>66</sup> a una forma semicuantitativa. Categoriza a los pacientes en Enfermedad

Inactiva (< 11 puntos), Brote Leve (11 a 15 puntos), Brote Moderado (16 a 21 puntos) y Brote Grave (22 ó más puntos).

**Disfunción sexual:** Presencia de dificultad en cualquiera de las etapas del acto sexual, cuya valoración se hará usando el cuestionario de “Cuestionario de Cambios en la Función Sexual”, (CSFQ, del inglés *Changes in Sexual Functioning Questionnaire*) en su versión para hombres y para mujeres. En este estudio sólo se utilizó la versión de 14 ítems de la escala original, validada en español por García – Portilla et al<sup>67</sup>. Todos los ítems se puntúan en una escala de Likert de 5 puntos. La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones de sus 14 ítems y varía de 14 a 70. Variable dependiente. Escala cualitativa nominal dicotómica, y los pacientes se clasificarán en presencia o ausencia de disfunción sexual. En el caso de las mujeres se considerará la presencia de disfunción sexual cuando obtengan un puntaje menor o igual a 41 en el CSFQ; y en los hombres un CSFQ igual o menor a 47 puntos; puntos de corte propuestos por los investigadores originales<sup>68</sup>.

**Sexo:** Conjunto de característica fenotípicas sexuales primarias y secundarias que ha traído una persona en el momento de su nacimiento. Variable independiente. Variable cualitativa, nominal dicotómica. Se clasificarán según sean de sexo masculino o femenino.

**Edad:** Tiempo en años transcurridos desde el nacimiento del individuo hasta el momento de la realización del estudio. Variable independiente. Escala cuantitativa

discreta. Los intervalos se definirán dependiendo de la distribución de la variable al finalizar la recolección de la información.

**Calidad de vida:** Percepción del paciente sobre su salud física y mental, y como la EII interviene en su vida cotidiana. Se medirá usando el “Cuestionario de la Calidad de Vida en EII” de 9 preguntas (IBDQ – 9, del inglés *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire*), cuestionario que ha sido validado en su versión en español por López-Vivancos et al<sup>69</sup>. Cada pregunta se contesta mediante una escala de Likert de 1 a 7, representando el 1 la peor calidad de vida y 7 la mejor. Por lo que la puntuación del cuestionario oscila entre 9 y de 63 puntos. Variable independiente. Variable cualitativa, escala ordinal politómica. Los pacientes se clasificarán según tengan baja calidad de vida (9 a 26 puntos), moderada calidad de vida (27 a 44 puntos) y alta calidad de vida (45 a 63 puntos).

### **Recolección de Datos**

Durante la consulta de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del departamento de Gastroenterología del CMN 20 de Noviembre, ubicada en el 8vo piso del edificio de Consulta Externa de esta institución, se identificarán los pacientes con Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerativa que cumplan con los criterios de selección. Una vez identificados se le explicará por los investigadores los objetivos del estudio y en qué consistirá su participación en el mismo. De estar de acuerdo con la participación se procederá a la firma del consentimiento informado.

Luego de la firma del consentimiento informado, se procederá a entrevistar al paciente para completar la sección del instrumento de recolección de la información concerniente a la información personal, factores de riesgo, enfermedad inflamatoria intestinal y el índice de actividad clínica que le corresponde. Una vez finalizada esta parte se le entrega al paciente las secciones del cuestionario CSFQ, de la valoración subjetiva de la sexualidad y del cuestionario IBDQ junto a un sobre manila que contiene la información recogida en forma de entrevista. Al finalizar de llenar los cuestionarios el paciente entregará al investigador los formularios llenos dentro del sobre manila sellado, que permanecerá así hasta la finalización del periodo de recolección de la información.

### **Plan de Análisis Estadístico**

Finalizado el proceso de recolección de la información, los datos se tabularán en una base de datos en Microsoft Excel 2013, para Windows. Los ítems cerrados se tabularán en la base de datos usando los códigos presentes en el instrumento de recolección de la información el cual se diseñó precodificado para estos fines, los ítems abiertos se tabularán sin cambios. Luego de creada en Excel, la base de datos se exportará a SPSS versión 19.0, donde se analizarán los datos arrojándose como resultado las tablas de contingencia necesarias para responder los objetivos específicos. Estas tablas de contingencia serán llevadas nuevamente a Excel donde usándolas como base se crearán los gráficos de barra que las representan. En los cruces de dos variables cualitativas se utilizará la prueba de Chi cuadrado como prueba estadística. En los cruces de una variable cualitativa dicotómica con una variable cuantitativa se utilizará la prueba de t de Student.

## RESULTADOS

Durante el periodo de recolección de la información se reclutaron 40 pacientes que padecían por al menos 6 meses de una Enfermedad Inflamatoria Intestinal, el 35% padecían de Enfermedad de Crohn y el 65% padecían de Colitis Ulcerativa. La mayor proporción de pacientes era de sexo femenino con un 57.5% de las observaciones, la edad promedio de los participantes fue de  $49.2 \pm 12.5$  años.

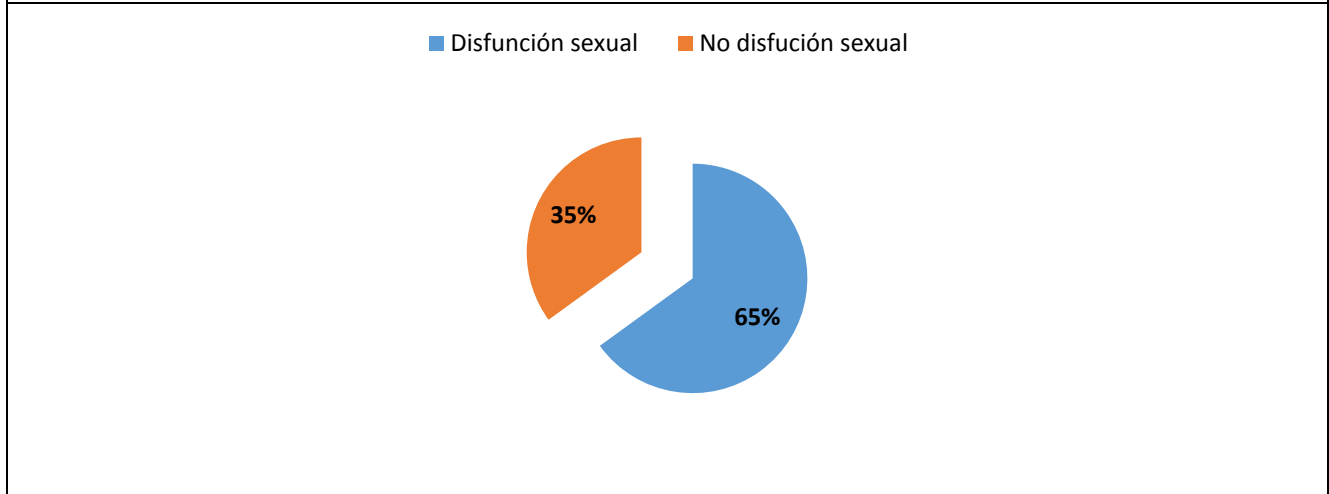
La proporción de mujeres fue similar tanto en el grupo de pacientes con Enfermedad de Crohn como en el grupo de pacientes con Colitis Ulcerativa. La edad promedio de los pacientes con Enfermedad de Crohn fue discretamente mayor a aquellos con Colitis Ulcerativa con un promedio de  $51.1 \pm 11.5$  vs.  $48.3 \pm 13.2$  años respectivamente, pero sin alcanzar significancia estadística ( $p = 0.490$ ). La mayoría de los pacientes incluidos se encontraban con una enfermedad inactiva (55.0%), un 40.0% se encontraban con un brote leve, un 5% con un brote moderado, y no se encontraron pacientes con brotes severos de su enfermedad.

Las comorbilidades más comúnmente presentadas por los pacientes con EII fueron: la Diabetes Mellitus presente en el 17.5% de la población, seguida por la hipertensión arterial presente en el 15.0%. El consumo de alcohol fue el hábito tóxico más comúnmente encontrado, reportado por el 12.5% de la población y el uso habitual de tabaco fue reportado por el 5%.

<b>TABLA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN</b>				
		Total (N = 40)	Enfermedad de Crohn (N = 14)	Colitis Ulcerativa (N = 26)
Sexo	Masculino, n (%)	17 (42.5)	6 (42.9)	11 (42.3)
	Femenino, n (%)	23 (57.5)	8 (57.1)	15 (57.7)
Edad	Media $\pm$ DE	49.2 $\pm$ 12.5	51.1 $\pm$ 11.5	48.3 $\pm$ 13.2
	Percentil 25	41.2	47.2	39.5
	Percentil 75	59.8	59.2	61.3
	Máximo	70	70	66
	Mínimo	23	24	23
Antecedentes patológicos	HTA, N (%)	6 (15.0)	4 (28.6)	2 (7.7)
	DM, N (%)	7 (17.5)	3 (21.4)	4 (15.4)
	Artritis reumatoidea, N (%)	3 (7.5)	2 (14.3)	1 (3.8)
	Hipotiroidismo, N (%)	2 (5.0)	2 (14.3)	0 (0.0)
	Espondilitis anquilosante, N (%)	2 (5.0)	0 (0.0)	2 (7.7)
Hábitos tóxicos	Alcohol N (%)	5 (12.5)	2 (14.3)	3 (11.5)
	Tabaco, N (%)	2 (5.0)	1 (7.1)	1 (3.8)
Nivel educativo	Secundaria, N (%)	7 (17.5)	1 (7.1)	6 (23.1)
	Técnico, N (%)	8 (20.0)	6 (42.9)	2 (7.7)
	Universitario, N (%)	25 (62.5)	7 (50.0)	18 (69.2)
Actividad Clínica de la EII	Enfermedad Inactiva	22 (55.0)	11 (78.6)	11 (42.3)
	Brote Leve	16 (40.0)	1 (7.1)	15 (57.7)
	Brote Moderado	2 (5.0)	2 (14.3)	0 (0.0)
	Brote Grave	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Tratamiento EII	Mesalazina	10 (25.0)	3 (21.4)	7 (26.9)
	Adalimumab	10 (25.0)	4 (28.6)	6 (23.1)
	Infliximab	7 (17.5)	4 (28.6)	3 (11.5)
	Certolizumab	3 (7.5)	2 (14.3)	1 (3.8)
	Infliximab/ Mesalazina	3 (7.5)	0 (0.0)	3 (11.5)
	Certolizumab/ Mesalazina	3 (7.5)	1 (7.1)	2 (7.7)
	Mesalazina/ Azatioprina	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (3.8)
	Mesalazina/ Prednisona	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (3.8)
	Certolizumab/ Azatioprina/ Sulfasalazina	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (3.8)
	Adalimumab/ Mesalazina/ Azatioprina	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (3.8)
Estoma	N (%)	4 (10)	1 (7.1)	3 (11.5)
Enfermedad perianal	N (%)	13 (32.5)	2 (14.3)	11 (42.3)

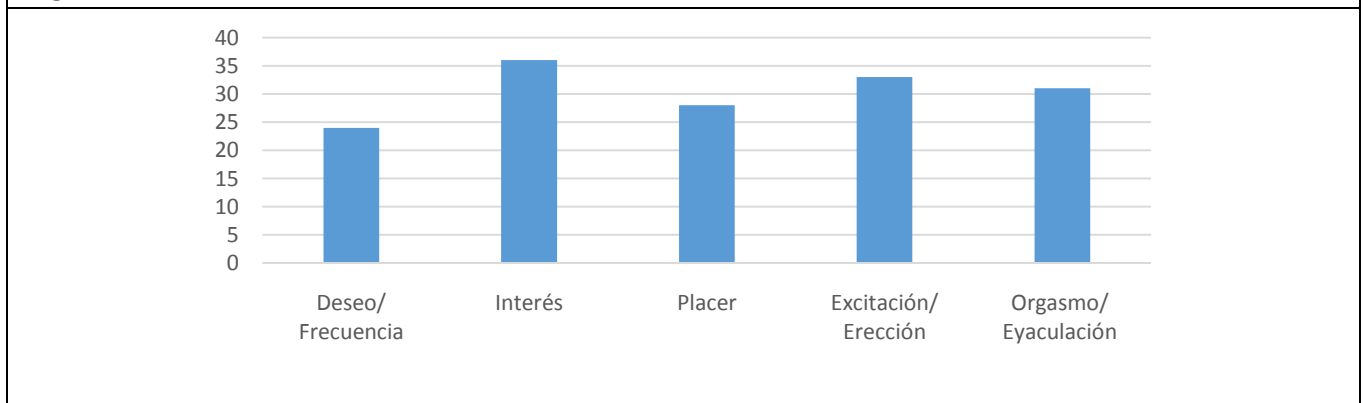
De los 40 pacientes incluidos en la investigación, el 65% presentaron puntuaciones en el “Cuestionario de Cambios en la Función Sexual” que hacen clasificarlos como pacientes que cursan con disfunción sexual.

**GRÁFICA 1. PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN SEXUAL EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**



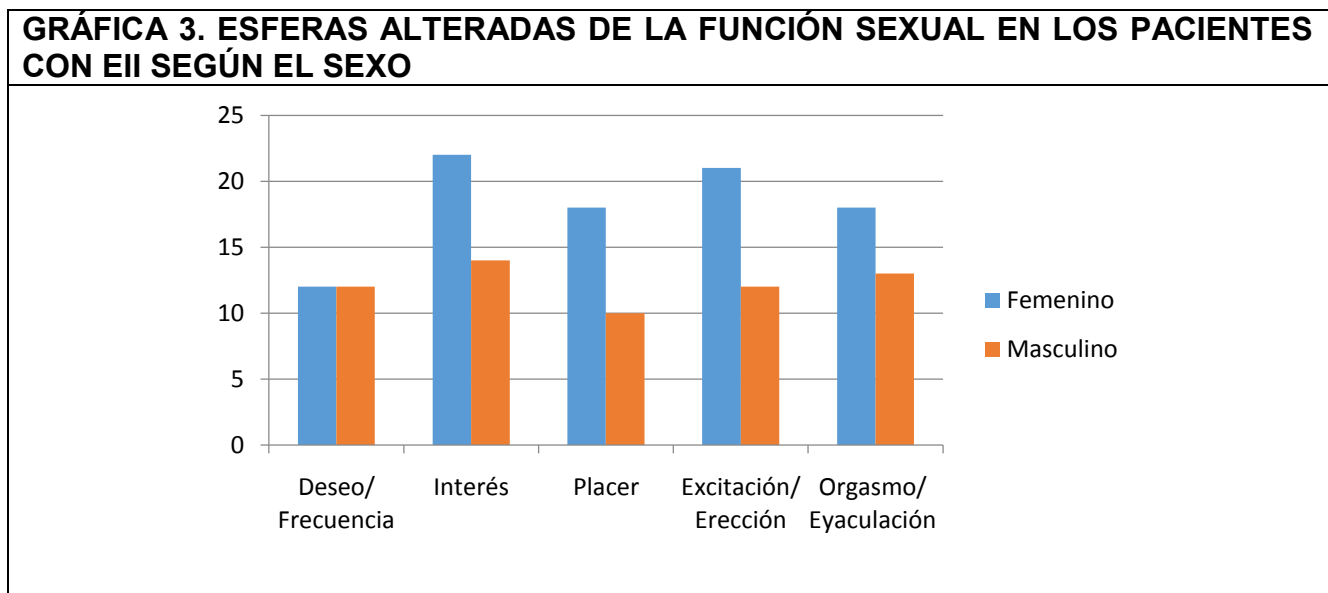
Al valorar las diferentes esferas de la función sexual usando el “Cuestionario de Cambios en la Función Sexual” se encontró que el deseo se encontró alterado en el 60% de los individuos, el interés en el 90%, el placer 70%, excitación 82.5%, y el orgasmo en el 77.5%.

**GRÁFICA 2. ESFERAS ALTERADAS DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN LOS PACIENTES CON EI**



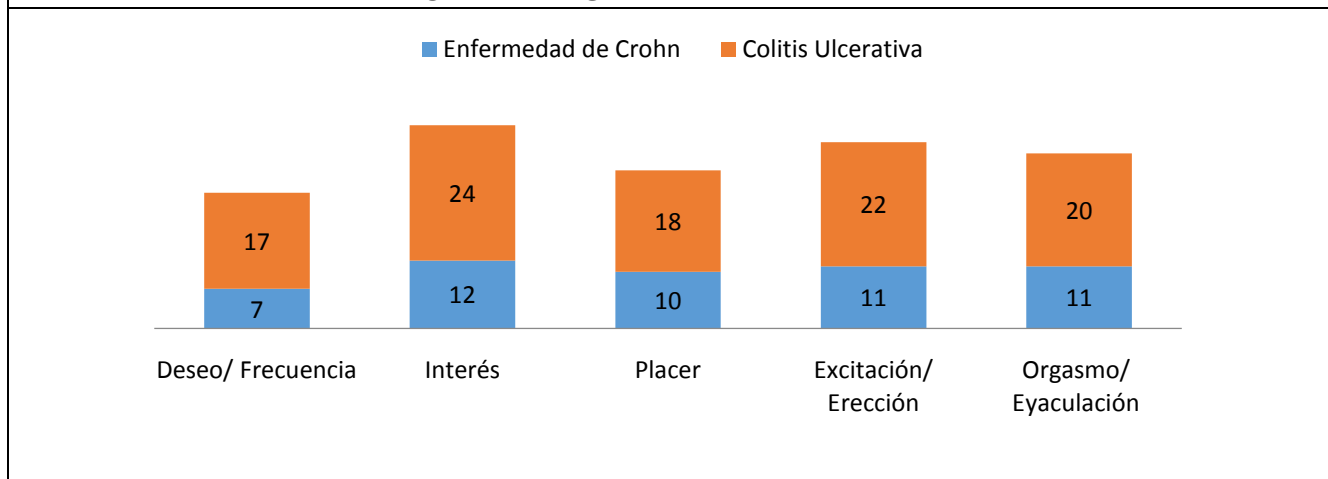


Las distribuciones de frecuencia de las esferas afectadas no alcanzaron diferencias estadísticamente significativas al ser comparadas en el sexo masculino como femenino. En ambos grupos el interés fue la esfera más afectada, afectada en 82.4% de los hombres y el 95.7% de las mujeres. En los hombres el interés estuvo seguido por el orgasmo (76.5%), la excitación (70.6%), el deseo (70.6%) y el placer (58.8%). Para las mujeres fue seguido por la excitación (91.3%), el placer (78.3%), el orgasmo (78.3%), y en última instancia por el deseo solo afectado en un 52.2% de los casos.



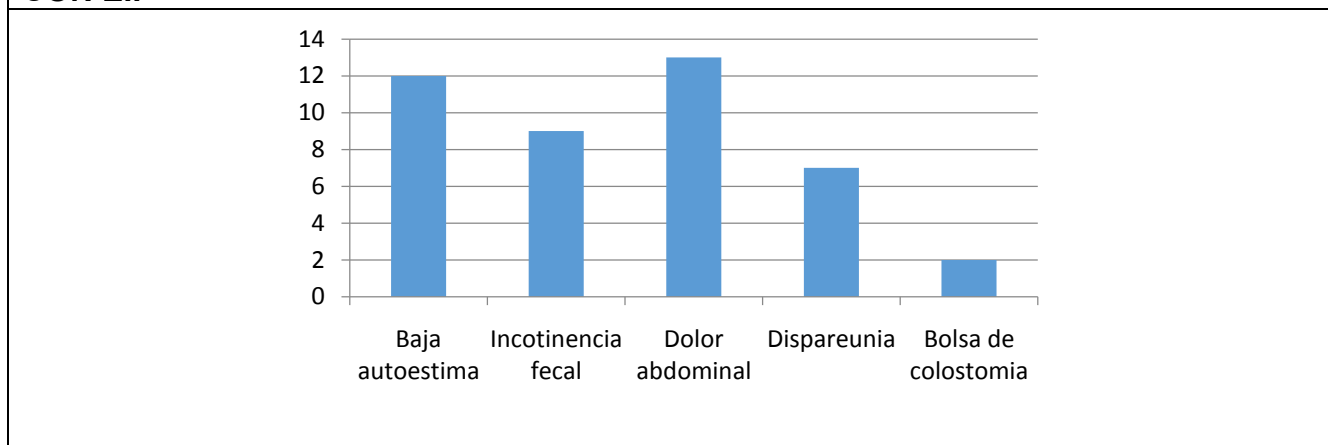
Tanto en los individuos con Enfermedad de Crohn como en aquellos con Colitis Ulcerativas las esferas se alteraron en el mismo orden, primero el interés alterada en el 92.3% de los pacientes con Colitis Ulcerativa y el 85.7% de los pacientes con Enfermedad de Cronh, seguido por la excitación (78.6% y 84.6%, respectivamente), el orgasmo (78.6% y 76.9%), el placer (71.4% y 69.2%) y el deseo (50% y 65.4%).

**GRÁFICA 4. ESFERAS ALTERADAS DE LA FUNCIÓN SEXUAL SEGÚN EL TIPO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

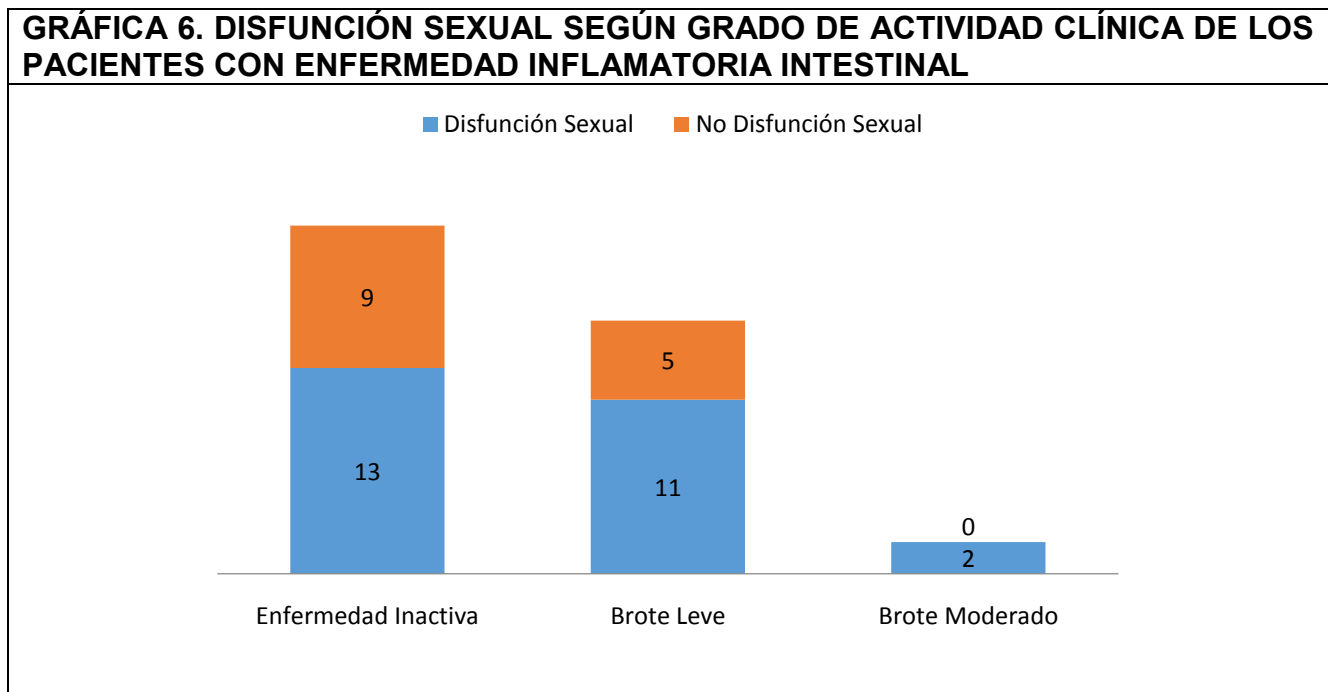


Al preguntarles a los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal sobre los motivos por los que ven alteradas su relaciones sexuales el dolor abdominal fue la causa preponderante, señalada por el 32.5% de los participantes, seguido por la baja autoestima en un 30.0%, incontinencia fecal en un 22.5%, dispareunia 17.5% y la bolsa de colostomía en un 5.1%.

**GRÁFICA 5. CAUSAS DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON EII**



Al comparar la frecuencia de la disfunción sexual según el grado de actividad clínica de la EII se encontró que en aquellos pacientes con enfermedad inactiva el 59% de los pacientes tenían disfunción sexual, este porcentaje se elevó a 68.8% en los pacientes con un brote leve y hasta el 100% de los pacientes con un brote moderado. Sin embargo, esta diferencia en las distribuciones de frecuencia no alcanzaron significancia estadística ( $p = 0.469$ ).



La prevalencia de disfunción sexual fue mayor en las mujeres que en los hombres. Se encontró la presencia de disfunción sexual en el 41.2% de los hombres contra un 82.6% de las mujeres ( $p = 0.007$ ). Pero al determinar si el grado de actividad clínica de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal afectaba la función sexual según el sexo de los pacientes no se pudo demostrar esta diferencia ( $p > 0.05$ ). En el grupo de las mujeres la prevalencia de disfunción sexual en aquellas con enfermedad inactiva fue de un 81.8%,

valor similar al 80.0% de las pacientes con un brote leve. Todas las pacientes (100.0%) con un brote moderado presentaron disfunción sexual. En el caso de los hombres, el 36.4% de los que tenían enfermedad inactiva tenían disfunción sexual y el 50% de aquellos con un brote leve. No se encontraron hombres con brotes moderados ni severos.

**Tabla 2. Asociación de la severidad de la actividad clínica de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal con la disfunción sexual, según sexo**

Sexo	Actividad Clínica	Disfunción Sexual				Total		p
		Presencia		Ausencia		Frec.	%	
		Frec.	%	Frec.	%			
Femenino	Enfermedad Inactiva	9	39.1	2	8.7	11	47.8	0.789
	Brote Leve	8	34.8	2	8.7	10	43.5	
	Brote Moderado	2	8.7	0	0.0	2	8.7	
	Brote Grave	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Total	19	82.6	4	17.4	23	100.0	
Masculino	Enfermedad Inactiva	4	23.5	7	41.2	11	64.7	0.585
	Brote Leve	3	17.6	3	17.6	6	35.3	
	Brote Moderado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Brote Grave	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Total	7	41.2	10	58.8	17	100.0	

En cuanto a la edad a mayor edad presentada por los participantes mayor proporción de sujetos con disfunción sexual. En el grupo de individuos menores a 40 años la prevalencia de disfunción sexual fue de un 57.1%, de 40 a 59 años de un 60.0% y hasta el 80% de los individuos con 60 años ó más.

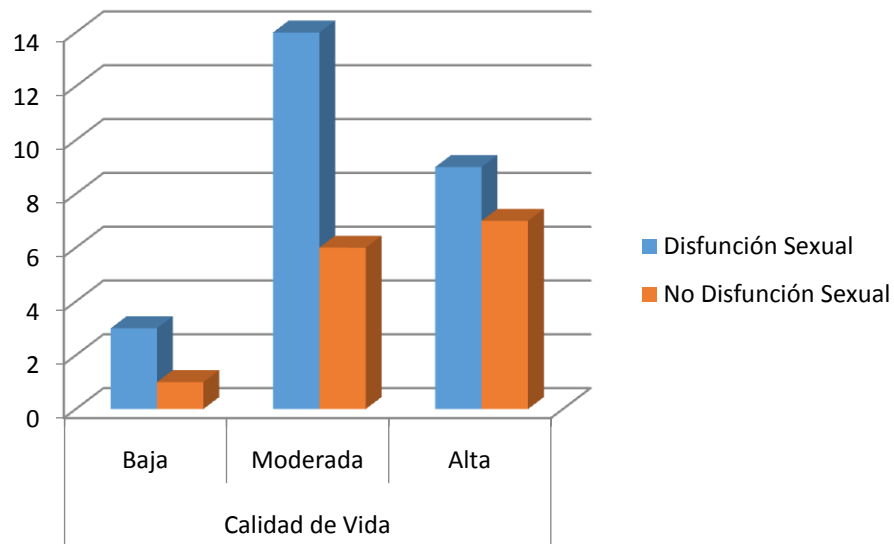
Al comparar si la presencia de disfunción sexual se veía afectada por la actividad clínica de la EII según los diferentes grupos etáreos, se encontró que no existía asociación entre ambas variables ( $p > 0.05$ ). En el grupo de pacientes con menos de 40 años, el 50% de los que tenían una EII inactiva presentaron disfunción sexual, y el 66.7% de los que tenían un brote leve. Los pacientes con edades de 40 a 59 años la prevalencia de disfunción sexual en aquellos con enfermedad inactiva fue de un 58.3%, en los pacientes con un brote leve de su EII fue de 55.6% y el 100% de los que tenían un brote moderado. En los pacientes con 60 años ó más el 66.7% de los pacientes con una EII inactiva presentaron disfunción sexual y el 100% de aquellos con un brote leve.

Para valorar si la presencia de disfunción afectaba la calidad de vida percibida por el paciente con EII se cruzaron ambas variables, y se encontró una mayor proporción de pacientes que tenían una calidad de vida baja en aquellos con disfunción sexual cuando se comparaba con aquellos sin disfunción sexual, con un 11.5% vs. 7.1% respectivamente. Así mismo, mayor proporción de pacientes con disfunción sexual percibían que tenían un nivel de vida moderado cuando se contrastaba con aquellos sin disfunción sexual con un 53.8% vs. 42.9%. Por el contrario, aquellos pacientes sin disfunción sexual percibieron tener una alta calidad de vida más comúnmente que aquellos con presencia de disfunción sexual con un 50.0% vs. 34.6%. Sin embargo, estas diferencias en las distribuciones de frecuencia no alcanzaron significancia estadística con una  $p = 0.627$ .

**Tabla 3. Asociación de la severidad de la actividad clínica de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal con la disfunción sexual, según edad.**

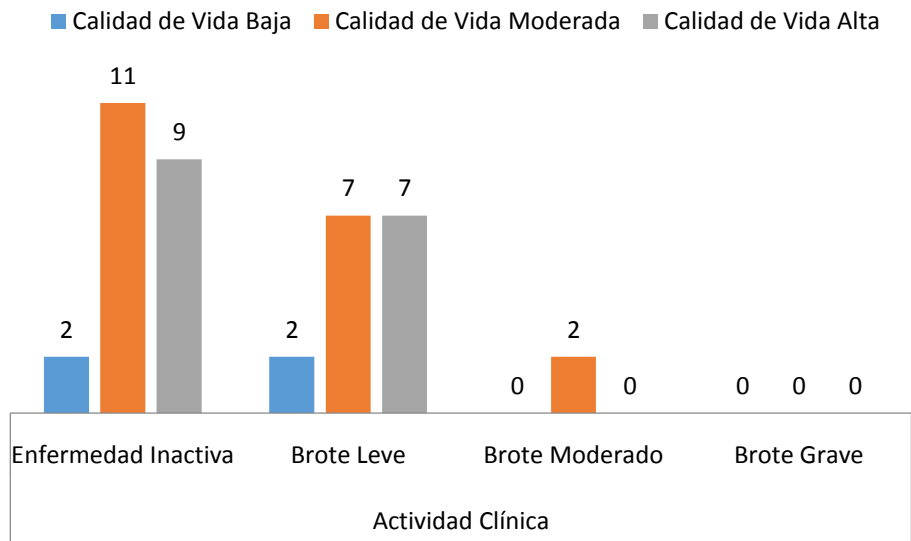
Edad	Actividad Clínica	Disfunción Sexual				Total		p
		Presencia		Ausencia				
		Frec.	%	Frec	%	Frec.	%	
20 a 39 años	Enfermedad Inactiva	2	28.6	2	28.6	4	57.1	0.659
	Brote Leve	2	28.6	1	14.3	3	42.9	
	Brote Moderado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Brote Grave	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Total	4	57.1	3	42.9	7	100.0	
40 a 59 años	Enfermedad Inactiva	7	30.4	5	21.7	12	52.2	0.490
	Brote Leve	5	21.7	4	17.4	9	39.1	
	Brote Moderado	2	8.7	0	0.0	2	8.7	
	Brote Grave	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Total	14	60.9	9	39.1	23	100.0	
60 años ó más	Enfermedad Inactiva	4	40.0	2	20.0	6	60.0	0.197
	Brote Leve	4	40.0	0	0.0	4	40.0	
	Brote Moderado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Brote Grave	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	Total	8	80.0	2	20.0	10	100.0	

**GRÁFICA 7. DISFUNCIÓN SEXUAL SEGÚN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**



También se buscó determinar si la actividad clínica de la EII afectaba la calidad de vida, y no se encontró asociación entre ambas variables ( $p = 0.680$ ). Esto es congruente con las distribuciones de frecuencia observadas, pues proporciones similares de los pacientes con EII inactiva y con enfermedad inflamatoria intestinal reportaron niveles de calidad de vida baja (9.1% vs. 12.5%), moderada (50.0% vs. 43.8%), y alta (40.9% vs. 43.8%). Los 2 pacientes con actividad moderada de su EII reportaron un nivel de calidad de vida moderado.

**GRÁFICA 8. CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL GRADO DE ACTIVIDAD CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESITAL**





## DISCUSIÓN

La función sexual es un aspecto fundamental en la vida de cualquier paciente, sin embargo tanto a nivel de la práctica diaria como en la investigación es poco explorado. De los 40 sujetos incluidos en la investigación el 72.5% identificaron las relaciones sexuales como un aspecto relativamente importante, importante o muy importante en su relación. Y el 70% afirma que su vida sexual ha cambiado desde su diagnóstico, 76.5% de los hombres y el 65.2% de las mujeres. Este valor es considerablemente mayor al reportado por Marín et al.<sup>14</sup> en cuya investigación el 39% de las mujeres y el 35% de los pacientes de sexo masculino consideran que su vida sexual empeoró después del diagnóstico de EII. Igualmente en la investigación de Carrera Alonso et al.<sup>16</sup>, el 31.6% de los hombres y el 44.1% de las mujeres, señalan la enfermedad intestinal como el factor que generó en cambio en su sexualidad.

Al preguntar a los paciente cuales creen que fueron las causas del cambio en su sexualidad el 20% afirmaron que ha cambiado debido a la medicación que está utilizando, el 17.5% debido al empeoramiento de su enfermedad, el 15% debido a cambio en su situación actual, y en menor medida con 7.5% en cada caso lo asocian con a otras razones como cambio de pareja y envejecimiento. Los datos encontrados son disimiles a los reportados por Carrera Alonso et al.<sup>16</sup> en cuya investigación es la mejoría o el empeoramiento de la enfermedad el principal causante del cambio en la sexualidad con un 27.8% de las observaciones, mientras que solo para el 7.2% es la medicación. En la investigación de Muller et al.<sup>13</sup> un 10% de los pacientes señalaron la medicación como la causante de la disminución de la libido y de la actividad sexual.

Para cuantificar este empeoramiento percibido por el paciente de la función sexual se empleó el “Cuestionario de Cambios en la Función Sexual”, de los pacientes incluidos en la investigación, el 65% presentaron puntuaciones que hacen clasificarlos como pacientes que cursan con disfunción sexual. De los pacientes con Enfermedad de Crohn el 78.6% presentaron disfunción sexual y el 57.7% de los pacientes con Colitis Ulcerativa ( $p = 0.187$ ). Esta prevalencia es similar a la reportada por Manhood et al.<sup>17</sup>, serie en la que el 61.5% de los participantes presentaron disfunción sexual.

Con el “Cuestionario de Cambios en la Función Sexual”, además de dar una puntuación global de la función sexual también se permiten valorar las diferentes esferas de la misma: deseo, interés, placer, excitación y orgasmo. Así se determinó que el deseo se encontró alterado en el 60% de los individuos, el interés en el 90%, el placer 70%, excitación 82.5%, y el orgasmo en el 77.5%.

Las distribuciones de frecuencia de las esferas afectadas no alcanzaron diferencias estadísticamente significativas. Tanto como en los hombres (82.4%), como en las mujeres (95.7%), en los pacientes con Colitis Ulcerativa (92.3%) como con Enfermedad de Crohn (85.7%) la esfera más afectada fue el interés. Dato similar al expuesto por Hendriksen et al.<sup>5</sup>, Timmer et al.<sup>11</sup> y Marín et al.<sup>14</sup>.

En los hombres el interés estuvo seguido por el orgasmo (76.5%), la excitación (70.6%), el deseo (70.6%) y el placer (58.8%). Para las mujeres fue seguido por la excitación (91.3%), el placer (78.3%), el orgasmo (78.3%), y en última instancia por el deseo solo afectado en un 52.2% de los casos.

Tanto en los individuos con Enfermedad de Crohn como en aquellos con Colitis Ulcerativas las esferas que continúan al interés en orden de afección fueron: la excitación (78.6% y 84.6%, respectivamente), el orgasmo (78.6% y 76.9%), el placer (71.4% y 69.2%) y el deseo (50% y 65.4%).

Al preguntarle a los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal sobre los motivos por los que ven alteradas su relaciones sexuales el dolor abdominal fue la causa preponderante, señalada por el 32.5% de los participantes, seguido por la baja autoestima en un 30.0%, incontinencia fecal en un 22.5%, dispareunia 17.5% y la bolsa de colostomía en un 5.1%. En la investigación de Moody et al.<sup>8</sup> Las dificultades más frecuentemente reportadas por los pacientes con EII fueron el miedo a la incontinencia fecal, dolor abdominal y la urgencia defecatoria.

El orden de las causas señaladas del deterioro de la función sexual variaron según el tipo de EII, en el caso de los pacientes con Enfermedad de Crohn la baja autoestima fue la causa principal (35.7%), y en menor medida el dolor abdominal (14.3%), la bolsa de colostomía (7.7%), incontinencia fecal (7.1%) y dispareunia (7.1%). En la investigación de Moody et al.<sup>7</sup> en la que se incluyeron mujeres con Enfermedad de Crohn aunque en porcentajes diferentes a los encontrados en nuestra investigación el dolor abdominal (24%), y el miedo a la incontinencia fecal (14%) fueron las razones del deterioro de la función sexual. Para los pacientes con Colitis Ulcerativa el dolor abdominal fue la causa principal (42.3%), seguido por la incontinencia fecal (30.8%), la baja autoestima (26.9%), la dispareunia (23.1%) y en menor medida la bolsa de colostomía (3.8%).

Las causas señaladas según el sexo todas fueron más comunes en el sexo femenino que en el masculino con excepción de la bolsa de colostomía. La baja autoestima fue reportada por el 47.8% de las mujeres y el 5.9% de los hombres ( $p = 0.004$ ), la incontinencia fecal por el 26.1% de las mujeres y el 17.6% de los hombres, dolor abdominal por el 43.5% de las mujeres y el 17.6% de los hombres, dispareunia por el 21.7% de las mujeres y el 11.9% de los hombres, y la bolsa de colostomía por el 4.3% de las mujeres y el 6.3% de los hombres. No se encontró la diferencia señalada por Marín et al.<sup>14</sup>, en cuya investigación, los hombres tienden a culpar a los efectos psicológicos del empeoramiento de la intimidad (depresión, tristeza, incapacidad laboral, probabilidad de resección intestinal), mientras que las mujeres culpan a los síntomas relacionados con la enfermedad (dolor abdominal, diarrea o incontinencia fecal).

Al comprar la frecuencia de la disfunción sexual según el grado de actividad clínica de la EII se encontró que en aquellos pacientes con enfermedad inactiva el 59% tenían disfunción sexual, este porcentaje se elevó a 68.8% en los pacientes con un brote leve y hasta el 100% de los pacientes con un brote moderado. Sin embargo, esta diferencia en las distribuciones de frecuencia no alcanzaron significancia estadística ( $p = 0.469$ ). Tampoco pudo ser demostrada una asociación entre la actividad clínica y las diferentes esferas de la función sexual.

Los pacientes con Enfermedad de Crohn que presentaron disfunción sexual tuvieron puntajes similares en el “Índice de Harvey-Bradshaw” que aquellos sin disfunción sexual. El promedio del puntaje del “Índice de Harvey-Bradshaw” para los pacientes con

disfunción sexual fue de  $4.42 \pm 3.23$  puntos contra  $3.33 \pm 1.16$  puntos en aquellos sin disfunción sexual ( $p = 0.586$ ).

Los pacientes con Colitis Ulcerativa que cursaron con disfunción sexual presentaron valores similares en el "Índice de True LoveWitts Modificado" que aquellos sin disfunción sexual. El promedio de puntaje del "Índice de True LoveWitts Modificado" en los pacientes con disfunción sexual fue de  $11.43 \pm 1.56$  puntos comparado, similar a la media de los pacientes sin disfunción sexual quienes tenían un promedio de  $10.73 \pm 1.19$  puntos ( $p = 0.229$ ).

La observación de mayores prevalencias de disfunción sexual en los pacientes con actividad clínica pero sin alcanzar significancia estadística también fue lo encontrado por Manhood et al.<sup>17</sup>, en cuya serie había una mayor prevalencia de disfunción sexual en los pacientes con enfermedad activa contra inactiva tanto en los hombres (60 vs. 33.3%,  $p = 0.25$ ) como en la mujeres (73.3% vs. 45.5%;  $P = 0.1$ ).

La prevalencia de disfunción sexual fue mayor en las mujeres que en los hombres. Se encontró la presencia de disfunción sexual en el 41.2% de los hombres contra un 82.6% de las mujeres ( $p = 0.007$ ). La interacción negativa del género femenino con la función sexual ya había sido señalada por Muller et al.<sup>13</sup> y Knowels et al.<sup>15</sup>.

Pero al determinar si el grado de actividad clínica de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal afectaba la función sexual según el sexo de los pacientes no se pudo demostrar

esta diferencia ( $p > 0.05$ ). En el grupo de las mujeres la prevalencia de disfunción sexual en aquellas con enfermedad inactiva fue de un 81.8%, valor similar al 80.0% de las pacientes con un brote leve. Todas las pacientes (100.0%) con un brote moderado presentaron disfunción sexual. Esto es similar a lo publicado por Timmer et al.<sup>10</sup> en cuya investigación las mujeres con EII mostraron un deterioro de la función sexual con independencia de la actividad de la enfermedad.

En el caso de los hombres, el 36.4% de los que tenían enfermedad inactiva tenían disfunción sexual y el 50% de aquellos con un brote leve. No se encontraron hombres con brotes moderados ni severos. Aunque la diferencia no pudo ser demostrada estadísticamente la diferencia de prevalencia es importante.

En cuanto a la edad a mayor edad presentada por los participantes mayor proporción de sujetos con disfunción sexual. En el grupo de individuos menores a 40 años la prevalencia de disfunción sexual fue de un 57.1%, de 40 a 59 años de un 60.0% y hasta el 80% de los individuos con 60 años ó más. Igualmente el promedio de edad en los pacientes con disfunción sexual fue mayor que el promedio de edad de los pacientes sin disfunción sexual ( $51.15 \pm 12.56$  vs.  $45.71 \pm 12.19$  años) pero sin alcanzar significancia estadística ( $p > 0.05$ ).

Al comparar si la presencia de disfunción sexual se veía afectada por la actividad clínica de la EII según los diferentes grupos etáreos, se encontró que no existía asociación entre ambas variables ( $p > 0.05$ ).

Para valorar si la presencia de disfunción afectaba la calidad de vida percibida por el paciente con EII se cruzaron ambas variables, y se encontró que mayor proporción de los pacientes con disfunción sexual percibían que tenían una calidad de vida baja cuando se comparaba con aquellos sin disfunción sexual, con un 11.5% vs. 7.1% respectivamente. Así mismo, mayor proporción de pacientes con disfunción sexual percibían que tenían un nivel de vida moderado cuando se contrastaba con aquellos sin disfunción sexual con un 53.8% vs. 42.9%. Por el contrario, aquellos pacientes sin disfunción sexual percibieron tener una alta calidad de vida más comúnmente que aquellos con presencia de disfunción sexual con un 50.0% vs. 34.6%. Sin embargo, estas diferencias en las distribuciones de frecuencia no alcanzaron significancia estadística con una  $p = 0.627$ . La falta de asociación entre ambas variables se confirma, pues el puntaje promedio de IBDQ-9 fue menor en aquellos pacientes con disfunción sexual en comparación con aquellos sin disfunción sexual,  $38.15 \pm 9.6$  vs.  $44.43 \pm 10.6$  pero sin alcanzar significancia estadística con  $p = 0.07$ .

También se buscó determinar si la actividad clínica de la EII afectaba la calidad de vida, y no se encontró asociación entre ambas variables ( $p = 0.680$ ). Esto es congruente con las distribuciones de frecuencia observadas, pues proporciones similares de los pacientes con EII inactiva y con enfermedad inflamatoria intestinal reportaron niveles de calidad de vida baja (9.1% vs. 12.5%), moderada (50.0% vs. 43.8%), y alta (40.9% vs. 43.8%). Los 2 pacientes con actividad moderada de su EII reportaron un nivel de calidad de vida moderado.

Otros factores con los que se analizó la asociación de la disfunción sexual y no se encontró asociación estadísticamente significativa fueron tipo de tratamiento utilizado, edad de diagnóstico, tiempo de diagnóstico, presencia de pareja, tiempo de pareja, hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, tabaquismo, alcohol, nivel educativo, presencia de estoma o enfermedad perianal.



## CONCLUSIONES

La disfunción sexual es una entidad nosológica importante y que se debe abordar en la consulta de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal pues el 65% de los pacientes la padecen. En este estudio se demostró que la proporción de sujetos con disfunción sexual es mayor en aquellos pacientes con actividad de su enfermedad, aunque la asociación entre ambas variables no pudo ser demostrada estadísticamente.

La disfunción sexual afecta más comúnmente a las mujeres. Se encontró la presencia de disfunción sexual en el 41.2% de los hombres contra un 82.6% de las mujeres. Y esta diferencia observada en las distribuciones de frecuencia alcanzó significancia estadística ( $p = 0.007$ ). La edad es otro factor que podría modificar la función sexual, pues a mayor edad presentada por los participantes mayor proporción de sujetos con disfunción sexual, aunque la asociación entre ambas variables no pudo ser demostrada estadísticamente ( $p > 0.05$ ).

La función sexual afecta la calidad de vida percibida por el paciente. Existe una mayor proporción de pacientes con una calidad de vida baja en aquellos con disfunción sexual cuando se compara con aquellos sin disfunción sexual, con un 11.5% vs. 7.1% respectivamente. La asociación entre ambas variables no fue estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ananthakrishnan AN. Epidemiology and risk factors for IBD. *Rev. Gastroenterol. Hepatol* 2015.12; 205-2017.
2. Khor B, Gardet A, Xxavier RJ. Genetics and pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Nature* 2011. 474 (7351): 307-317.
3. Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Goodacre R, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 1989 Mar;96(3):804-10.
4. Gazzard BG, Price HL, Libby GW, Dawson AM. The social toll of Crohn's disease. *Br Med J*. 1978;2:1117-9.
5. Hendriksen C, Binder V. Social prognosis in patients with ulcerative colitis. *Br Med J*. 1980 Aug 30;281(6240):581-3
6. Sorensen VZ, Olsen BG, Binder V. Life prospects and quality of life in patients with Crohn's disease. *Gut*. 1987 Apr;28(4):382-5.
7. Moody G, Probert CS, Srivastava EM, Rhodes J, Mayberry JF. Sexual dysfunction amongst women with Crohn's disease: a hidden problem. *Digestion*. 1992;52(3-4):179-83.
8. Moody GA, Mayberry JF. Perceived sexual dysfunction amongst patients with inflammatory bowel disease. *Digestion*. 1993;54(4):256-60.
9. Maunder R, Toner B, de Rooy E, Moskovitz D. Influence of sex and disease on illness-related concerns in inflammatory bowel disease. *Can J Gastroenterol*. 1999 Nov;13(9):728-32.
10. Timmer A, Bauer A, Dignass A, Rogler G. Sexual function in persons with inflammatory bowel disease: a survey with matched controls. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007 Jan;5(1):87-94.
11. Timmer A, Bauer A, Kemptner D, Furst A, Rogler G. Determinants of male sexual function in inflammatory bowel disease: a survey-based cross-sectional analysis in 280 men. *Inflamm Bowel Dis*. 2007 Oct;13(10):1236-43.
12. Timmer A, Kemptner D, Bauer A, Taksas A, Ott C, Furst A. Determinants of female sexual function in inflammatory bowel disease: a survey based cross-sectional analysis. *BMC Gastroenterol*. 2008;8:45.

13. Muller KR, Prosser R, Bampton P, Mountifield R, Andrews JM. Female gender and surgery impair relationships, body image, and sexuality in inflammatory bowel disease: patient perceptions. *Inflamm Bowel Dis*. 2010 Apr;16(4):657-63.
14. Marin L, Manosa M, Garcia-Planella E, Gordillo J, Zabana Y, Cabre E, et al. Sexual function and patients' perceptions in inflammatory bowel disease: a case-control survey. *J Gastroenterol*. 2013 Jun;48(6):713-20.
15. Knowles SR, Gass C, Macrae F. Illness perceptions in IBD influence psychological status, sexual health and satisfaction, body image and relational functioning: A preliminary exploration using Structural Equation Modeling. *J Crohns Colitis*. 2013 Oct;7(9):e344-50.
16. Carrera-Alonso E. Impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal sobre la sexualidad. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá. Departamento de Medicina y Especialidades Médicas. 2015.
17. Mahmood S, Nusrat S, Crosby A, Zhao YD, Ali T. Assessment of sexual function among inflammatory bowel disease patients. *Am J Gastroenterol*. 2015 Apr;110(4):601-3.
18. Bel LG, Vollebregt AM, Van der Meulen-de Jong AE, Fidder HH, Ten Hove WR, Vliet-Vlieland CW, et al. Sexual Dysfunctions in Men and Women with Inflammatory Bowel Disease: The Influence of IBD-Related Clinical Factors and Depression on Sexual Function. *J Sex Med*. 2015 Jul;12(7):1557-67.
19. Hinojosa J, Moles JR, Primo J. Definición de enfermedad inflamatoria crónica intestinal. Evolución conceptual. *Gastroenterol Hepatol* 1995; 18 (10):496-501.
20. Rowe W. Inflammatory Bowel Disease. [Base de datos en Internet]. Copyright © 1994-2016 por WebMD LLC. [Citado el 8 de Febrero 2016].
21. Farmer RG, Whelan G, Fazio VW. Long-term follow-up of patients with Crohn's disease. Relationship between the clinical pattern and prognosis. *Gastroenterology* 1985; 88:1818-1825.
22. Kornbluth A, Sachar DB. Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American College Of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol*, 2010; 105: 501–23.
23. Loftus E. Inflammatory bowel disease. En *GI epidemiology*. Talley N, Locke III GR, Saito Y. Blackwell Publishing 2007: 198-206.
24. Victoria CR, Sassak LY, Nunes HR. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases in midwestern of Sao Paulo State Brazil. *Arq Gastroenterol* 2009; 46(1): 20-5.

25. Torres EA, De Jesús R, Pérez CM, Iñesta M, Torres D, Morell C, Just E. Prevalence of inflammatory bowel disease in an insured population in Puerto Rico during 1996. *P RHealth Sci J* 2003; 22(3): 253-258.
26. Linares JA, Cantón C, Hermida C, Perez-Miranda M, Maté-Jimenez J. Estimated incidence of inflammatory bowel disease in Argentina and Panamá (1987-1993). *Rev Esp Enferm Dig* 1999; 91(4): 277-286.
27. Burisch J, Jess T, Martinato M, Lakatos P. The burden of inflammatory bowel disease in Europe. *Journal of Crohn's and Colitis* 2013; 7: 322–337.
28. Bruce E, Sands, Corey A. Siegel. Crohn's Disease. En Sleisenger and Fordtran's. *Gastrointestinal and liver disease*. 10 ma edición. Filadelfia, PA: Elsevier; 2015.1990-2022.
29. Mark T. Osterman, Gary R. Lichtenstein. Ulcerative Colitis. . En Sleisenger and Fordtran's. *Gastrointestinal and liver disease*. 10 ma edición. Filadelfia, PA: Elsevier; 2015. 2023-2061.
30. Royero HA. Actualización, Enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Colomb Gastroenterol* 2003; 18 (1): 24-42.
31. Pietro G, Friedman L. Epidemiología y Evolución Natural de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Clínicas de Gastroenterología de Norte América* 1999:275-308.
32. Sandbor W, Landers C, Tremaine W, et al. Antineutrophil cytoplasmic antibody, correlates with chronic pouchitis after ileal pouch – anal anastomosis. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 740-742.
33. Feldman M, Sleisenger MH, Scharschmidt BF. Sleisenger Y Fordtran. *Enfermedades gastrointestinales y hepáticas: fisiopatología, diagnóstico y tratamiento*. 8ª Ed. Madrid, España. Elsevier Saunders 2008.
34. Silva BC, Lyra AC, Rocha R, Santana GO. Epidemiology, demographic characteristics and prognostic predictors of ulcerative colitis. *World J Gastroenterol* 2014; 20(28): 9458-9467.
35. Ashwin A, Ramnik X. How does genotype influence disease phenotype in inflammatory bowel disease? *Inflamm Bowel Dis*. 2013; 19(9): 2021–2030.
36. Shivananda J. Lennard-Jones,R. Logan Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: Is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease (EC-IBD). *Gut* 1996; 39: 690-697



37. Lakatos PL. Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases: Up or down? *World J Gastroenterol* 2006; (12): 6102-6108
38. Ghosh S, R. Mitchell. Results of the European Federation of Crohn's and Colitis Associations (EFCCA) patient survey: Prevalence and impact on quality of life. *Gut* 2006; (55):72.
39. Guillén Rodríguez M. Enfermedad de Crohn. *Revista Médica de Costa Rica Y Centroamérica* LXIX 2012; (601) 153-156.
40. Rodríguez-D' Jesus A, Casellas Francesc, Malagelada JR. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal en el paciente de edad avanzada. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31(5):269-273.
41. Gardenbroek TJ; Pinkney TD; Sahami S; Morton DG; Buskens CJ; Ponsioen CY, et al. The Accure-trial: the effect of appendectomy on the clinical course of ulcerative colitis, a randomised international multicenter trial (NTR2883) and the Accure-Uk trial: a randomised external pilot trial *BMC Surg* 2015; 15(1):17.
42. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol*. 2005; 19: 5-36.
43. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel J-F. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut* 2006; 55:749–753.
44. Casellas F, Lopez Vivancos J. Enfermedad inflamatoria intestinal. *JANO* 2008; (17159): 31-35.
45. Cabré Gelada E. Nutricion y enfermedad inflamatoria intestinal. *Nutr Hosp*. 2007; 22(2):65-73.
46. Rodríguez-Reyna TS, Martínez-Reyes C, Yamamoto-Furusho JK. Rheumatic manifestations of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2009; 15(44): 5517-5524.
47. Komatsu YC, Capareli GC, Boin MF, Lellis R, Freitas TH, Simone K. Skin gangrene as an extraintestinal manifestation of inflammatory bowel disease. *An Bras Dermatol*. 2014; 89(6):967-9.
48. Solís A, Solís-Muñoz P. Hepatobiliary manifestations of inflammatory bowel disease *Rev Esp Enferm Dig* 2007; 99(9):525-542.

49. DeVries AB, Janse M, Blokzijl H, Weersma RK. Distinctive inflammatory bowel disease phenotype in primary sclerosing cholangitis. *World J Gastroenterol* 2015; 21(6): 1956-1971.
50. Zippi M, Corrado C, Pica R, Avallone EV, Cassieri C, De Nitto D, et al. Extraintestinal manifestations in a large series of Italian inflammatory bowel disease patients. *World J Gastroenterol* 2014; 20(46): 17463-17467.
51. Nikolaus S and Schreiber S. Diagnostic of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2007; 133: 1670-1689. 19.
52. Moreira ED Jr, Brock G, Glasser DB, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Clin Pract* 2005; 59: 6–16.
53. Feagins LA, Kane SV. Sexual and reproductive issues for men with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 768–73.
54. Odze R. Diagnostic Problems and Advances in Inflammatory Bowel Disease. *Mod Pathol* 2003; 16 (4):347–358.
55. Gomollón F, Chaparro M, Doménech E, García López S, Gisbert J, et al. Tratado de Terapéutica En Enfermedad Inflamatoria Intestinal. España Nature Publishing Group Iberoamérica. 2014.
56. Herraiz L, Alvare E, Carrascoso J, Cano R, Martínez V. Entero-resonancia magnética: revisión de la técnica para el estudio de la enfermedad de Crohn. *Radiología*. 2011; 53(5):421-433.
57. Aguirre D, Archila PE, Carrera J, Castaño R, Escobar CM, García R et al. Consenso Colombiano de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Rev Col Gastroenterol*. 2012; 27(1): s1-s44.
58. Snisky CA, Cort DH, Shanahan F, Powers BJ, Sessions JT, Pruitt RE, et al. Oral mesalamine (Asacol) for mildly to moderate active ulcerative colitis. A multicenter study. *Ann Intern Med* 1991; 115: 350-355.
59. Truelove SC, Witts LJ. Cortisona in ulcerative colitis. Final report on a therapeutic trial. *Br Med J* 1955;2: 1041-8.
60. Ullman T. Assessing Clinical Activity in Crohn's Disease. *Gastroenterology & Endoscopy News* 2008; (1): 16-18.
61. Dignass A, Lindsay JO, Sturm A, Windsor A, Colombel JF, Allez M et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 2: Current management. *Journal of Crohn's and Colitis* (2012) 6, 991–1030.

62. O'Toole A, Winter D, Friedman S. Review article: the psychosexual impact of inflammatory bowel disease in male patients. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* [serial on the Internet]. (2014, May 15), [cited July 29, 2016]; 39(10): 1085-1094.
63. Farrokhyar M, Marshall JK, Easterbrook B, Irvine EJ. Trastornos funcionales gastrointestinales y trastornos del estado de ánimo en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal inactiva: prevalencia y el impacto en la salud. *Inflamm Intestino Dis.* 2006; 12 : 38-46.
64. Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. . La disfunción sexual antes de la terapia con antidepresivos en la depresión mayor J *affecta Disorders.* 1999; 56 : 201-208.
65. Harvey, RF & Bradshaw, JM (1980). A simple index of Crohn's disease activity. *Lancet*, 315(8167), 514.
66. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis. Final report on a therapeutic trial. *BMJ.* 1955;2:1041-8.
67. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Fonseca E, Al-Halabi S, Bobes-Bascaran MT, Arrojo M, et al. Psychometric properties of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) in patients with severe mental disorders. *J Sex Med.* 2011 May;8(5):1371-82.
68. Clayton A. Assessment of sexual functioning. 151st American Psychiatric Association Annual Meeting May 30th; Toronto, Ontario, Canada. 1998.
69. López-Vivancos J, Casellas F, Badia X, Vilaseca J, Malagelada JR. Validation of the Spanish Version of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire on Ulcerative Colitis and Crohn's Disease. *Digestion.* 1999;60(3):274-80.

## ANEXOS

**ANEXO 1**  
**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**



**IMPACTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA FUNCIÓN SEXUAL  
EN LOS PACIENTES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE**

No. Paciente

Fecha:

### I. INFORMACION PERSONAL:

Instrucciones: Completa la siguiente información poniendo una "X" en las casillas o escribiendo la información requerida.

a. Iniciales del paciente

b. Sexo: 1. Masculino  2. Femenino

c. Edad:

d. Tiene usted pareja estable: 1. Si  2. No

e. Si tiene pareja estable, hace cuanto tiempo tiene pareja

f. Nivel educativo alcanzado

1. Primaria  2. Secundaria  3. Técnico  4. Universitario

### II. FACTORES DE RIESGO

	1. Si	2. No	Tiempo/Cantidad
a) Consume usted			
- Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) Enfermedad Crónica			
- Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
- Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c) Medicación de uso			

diario \_\_\_\_\_

### III. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Tipo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal 1. Enfermedad de Crohn  2. Colitis Ulcerativa

B. Tiempo de diagnóstico

C. Edad de diagnóstico

D. Tratamiento para Enfermedad Inflamatoria Intestinal  
\_\_\_\_\_

E. Presencia de enfermedad perianal 1. Si  2. No

F. Presencia de estoma 1. Si  2. No



#### IV. ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DE CROHN: HARVEY-BRADSHAW

Estado general	Muy bueno 0	Regular 1	Malo 2	Muy malo 3	Terrible 4			
Dolor	No 0	Ligero 1	Moderado 2	Intenso 3				
Número deposiciones diarreicas								
Masa	No 0	Dudoso 1	Definida 2	Definida dolorosa 3				
Extra-intestinal	Eritema nodoso 1	Pioderma gangrenoso 1	Artralgias 1	Aftas 1	Uveitis 1	Absceso 1	Fístula anal 1	Otra fístula 1

A. Valor del Índice de Harvey-Bradshaw \_\_\_\_\_

B. Actividad de la Enfermedad de Crohn

1. <5 Remisión
2. 5 – 7 Actividad leve
3. 8 – 16 Actividad moderada
4. >16 Actividad severa

**IV. ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA COLITIS ULCERATIVA: TRUE LOVE WITTS MODIFICADO**

<b>PUNTUACIÓN</b>	<b>1 PUNTO</b>	<b>2 PUNTOS</b>	<b>3 PUNTOS</b>
<b>No. Deposiciones/ dia</b>	< 4	4 - 6	> 6
<b>Sangre en heces</b>	-	+	+++
<b>Frecuencia cardiaca (LPM)</b>	<80	80 - 100	> 100
<b>Temperatura (°C)</b>	< 37	37 - 38	> 38
<b>Hemoglobina (g/L)</b>	> 12	10 - 12	< 10
<b>VSG (mm/H)</b>	< 15	15 - 30	> 30
<b>Leucocitos</b>	< 10000	10 - 13000	> 13000
<b>Potasio</b>	> 3.8	3.0 – 3.8	< 3.0
<b>Albúmina (g/dL)</b>	> 3.3	3.0 – 3.2	< 3.0

C. Valor del Índice de True Love Witts Modificado \_\_\_\_\_

D. Actividad de la Colitis Ulcerativa

1. <11 Inactiva
2. 11 – 15 Brote leve
3. 16 – 21 Brote moderado
4. > 22 Brote grave

## V. CUESTIONARIO CSFQ: HOMBRES

**A. Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer experimenta en su vida sexual ahora?**

1. Ninguno
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

**B. ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito o masturbación)?**

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. A menudo (2 veces por semana o más)
5. Diariamente

**C. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?**

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. A menudo (2 veces por semana o más)
5. Diariamente

**D. ¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales)?**

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. A menudo (2 veces por semana o más)
5. Diariamente

**E. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?**

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. A menudo (2 veces por semana o más)
5. Diariamente

**F. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar o fantasear acerca del sexo?**

1. Ninguno
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

**G. ¿Con qué frecuencia tiene usted una erección?**

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. A menudo (2 veces por semana o más)
5. Diariamente

**H. ¿Obtiene una erección fácilmente?**

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

**I. ¿Es capaz de mantener una erección?**

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

**J. ¿Con qué frecuencia experimenta erecciones dolorosas prolongadas?**

1. Diariamente
2. A menudo (2 veces por semana o más)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. Rara vez (menos de una vez al mes)
5. Nunca

**K. ¿Con qué frecuencia tiene una eyaculación?**

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. A menudo (2 veces por semana o más)
5. Diariamente

**L. ¿Es capaz de eyacular cuando quiere?**

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

**M. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?**

1. Ninguno
2. Poco disfrute o place
3. Algo de disfrute o place
4. Mucho disfrute o place
5. Muchísimo disfrute o place

**N. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmos dolorosos?**

1. Diariamente
2. A menudo (2 veces por semana o más)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. Rara vez (menos de una vez al mes)
5. Nunca

## V. CUESTIONARIO CSFQ: MUJERES

### A. Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿cuánto disfrute o placer experimenta en su vida sexual ahora?

1. Ninguno
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

### B. ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito o masturbación) actualmente?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. A menudo (2 veces por semana o más)
5. Diariamente

### C. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. A menudo (2 veces por semana o más)
5. Diariamente

### D. ¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales) ahora?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. A menudo (2 veces por semana o más)
5. Diariamente

### E. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. A menudo (2 veces por semana o más)
5. Diariamente

### F. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar o fantasear acerca del sexo?

1. Ninguno
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

### G. ¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente?

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. A menudo (2 veces por semana o más)
5. Diariamente

### H. ¿Se excita fácilmente?

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

**I. ¿Tiene lubricación vaginal adecuada durante la actividad sexual?**

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

**J. ¿Con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde interés?**

1. Siempre
2. A menudo (la mayoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. Rara vez (la minoría de las veces)
5. Nunca

**K. ¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo?**

1. Nunca
2. Rara vez (menos de una vez al mes)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. A menudo (2 veces por semana o más)
5. Diariamente

**L. ¿Es capaz de alcanzar un orgasmo cuando quiere?**

1. Nunca
2. Rara vez (la minoría de las veces)
3. A veces (la mitad de las veces)
4. A menudo (la mayoría de las veces)
5. Siempre

**M. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?**

1. Ninguno
2. Poco disfrute o placer
3. Algo de disfrute o placer
4. Mucho disfrute o placer
5. Muchísimo disfrute o placer

**N. ¿Con qué frecuencia tiene orgasmos dolorosos?**

1. Diariamente
2. A menudo (2 veces por semana o más)
3. A veces (una vez al menos pero menos de 2 veces por semana)
4. Rara vez (menos de una vez al mes)
5. Nunca

## VI. VALORACIÓN SUBJETIVA DE LA SEXUALIDAD

- A. ¿Es su vida sexual un aspecto importante en su relación?
1. No tiene importancia
  2. Es un aspecto poco importante
  3. Es un aspecto relativamente importante
  4. Es un aspecto importante
  5. Es un aspecto muy importante
- B. Cree usted que su vida sexual ha cambiado 1. Si                        2. No
- C. Si su vida sexual ha cambiado ¿Cuál cree usted que podría ser la causa?
1. Empeoramiento de la enfermedad
  2. Mejoría de la enfermedad
  3. Medicación
  4. Cambio de su situación (ejemplo: demasiado ocupado...)
  5. Cambio de pareja
  6. Envejecimiento
  7. Otras (especificar): .....
- D. Cree que sus relaciones sexuales están alteradas por las siguientes cuestiones (marque sí o no)
- |  | 1. Sí                    | 2. No                    |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Baja autoestima o imagen corporal alterada                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Miedo a tener pérdidas fecales (incontinencia)                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor o molestias abdominales durante las relaciones                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor durante las relaciones   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si tiene bolsa de ileostomía /colostomía: vergüenza de llevar la bolsa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## VII. CUESTIONARIO IBDQ - 9

A. ¿Con qué frecuencia ha evacuado durante las últimas semanas?

1. Más frecuentemente que nunca
2. Extremada frecuencia
3. Con mucha frecuencia
4. Moderado aumento de la frecuencia de defecación
5. Ligero aumento de la frecuencia de defecación
6. Aumento mínimo de la frecuencia de defecación
7. Normal, sin aumento de la frecuencia de defecación

B. ¿Con qué frecuencia le ha causado problemas la sensación de fatiga o cansancio durante las últimas semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

C. ¿Cuánta energía ha tenido en las últimas dos semanas?

1. Ninguna energía
2. Muy poca energía
3. Poca energía
4. Cierta energía
5. Bastante energía
6. Mucha energía
7. Rebosante energía

C. ¿Con qué frecuencia ha tenido que anular o aplazar una cita o compromiso social a causa de su problema intestinal durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

D. ¿Con qué frecuencia ha tenido retortijones durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

E. ¿Con qué frecuencia ha tenido malestar general las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

F. ¿Con qué frecuencia ha tenido náuseas o ganas de vomitar durante las últimas dos semanas?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Bastantes veces
4. A veces
5. Pocas veces
6. Casi nunca
7. Nunca

G. En general, ¿hasta que punto ha sido un problema tener gases durante las últimas dos semanas?

1. Un gran problema
2. Un problema importante
3. Bastante problemático
4. Algo problemático
5. Muy poco problemático
6. Casi ningún problema
7. Ningún problema

H. ¿Hasta que punto ha estado satisfecho, contento o feliz con su vida personal durante las últimas dos semanas?

1. Muy insatisfecho, infeliz
2. Bastante insatisfecho, infeliz
3. Algo insatisfecho, descontento
4. Algo satisfecho, contento
5. Bastante satisfecho, contento
6. Muy satisfecho, feliz
7. Extremadamente satisfecho, no podría ser más feliz





“2016, AÑO DEL NUEVO SISTEMA DE JUSTICIA PENAL”

## ANEXO 2

### CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

#### IMPACTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA FUNCIÓN SEXUAL EN LOS PACIENTES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

*Investigadores responsables: 1. Dr. Gerardo De Jesús López Gómez- Asesor Oficial. 2. Dr. Mario César Peralta Mateo – Investigador*

#### Lugar y fecha

Por favor tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga, para decidir si participa o no deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente estudio de investigación.

Estimado Señor: \_\_\_\_\_, se le invita a participar en el estudio arriba mencionado, que se desarrollará en el CMN “20 de Noviembre”, cuyo objetivo será el de determinar el impacto que tiene la severidad de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en la función sexual y en la percepción de la calidad de vida de los pacientes. Lo anterior con la finalidad de cuantificar el impacto que tiene la enfermedad inflamatoria intestinal en la sexualidad de los pacientes que la padecen para determinar si es un tema importante en la población mexicana.

Su participación en el estudio consiste en responder un cuestionario sobre su historial médico, y llenar de forma anónima un cuestionario sobre la función sexual y la percepción de la calidad de vida. Las informaciones obtenidas se usarán estrictamente al objetivo del presente estudio.

**BENEFICIOS:** El presente estudio no tendrá un beneficio directo a usted, sin embargo podría permitir desarrollar nuevos conocimientos para mejorar la atención de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Gracias a su participación altruista se pueden beneficiar los pacientes, al dar un enfoque más integral esta enfermedad.

**RIESGOS:** Su participación no conlleva riesgo alguno para su salud. Las medidas que se le tomarán si decide participar en este estudio son no invasivas y no implicarán ningún riesgo para su salud.

**PARTICIPACIÓN:** Su participación es VOLUNTARIA, usted puede decidir libremente participar o no, esto no afectará su derecho para recibir atención médica en el CMN “20 de Noviembre”, si participa, puede retirarse del estudio en el momento en que lo desee sin que esto influya sobre el tratamiento habitual que le ofrece el hospital para su enfermedad de base.

Página 1/3



"2016, AÑO DEL NUEVO SISTEMA DE JUSTICIA PENAL"

**MANEJO DE LA INFORMACIÓN:** En la recolección de datos personales se siguen todos los principios que marca la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (art. 6): Licitud, calidad, consentimiento, información, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad. Se han implementado las medidas de seguridad, técnicas, administrativas y físicas necesarias para proteger sus datos personales y evitar daño, pérdida, alteración, acceso o tratamiento no autorizado. . La información obtenida de los participantes en el estudio serán resguardadas en forma digital en las computadoras personales de los investigadores y serán manejadas con absoluta confidencialidad y para asegurar esto, los investigadores no usarán su nombre. Únicamente utilizarán las primeras letras de los nombres y apellidos, así como códigos previamente asignados para referirse a cada individuo. Esta información solo estará disponible para los investigadores titulares quienes están obligados por ley a no divulgar la identidad de los participantes. Usted podrá tener acceso a la información sobre este estudio en caso de solicitarlo.

#### PARTICIPANTE.

Confirmando haber recibido información suficiente y clara sobre el estudio propuesto, doy mi autorización para ser incluido en este proyecto de investigación, reservándome el derecho de abandonarlo en cualquier momento si así lo decido.

---

Nombre y firma del Participante.

---

Domicilio.

#### TESTIGOS:

---

(1) Nombre y firma

Parentesco: \_\_\_\_\_

Domicilio. \_\_\_\_\_

---

(2) Nombre y firma

Parentesco: \_\_\_\_\_

Domicilio. \_\_\_\_\_

2/3



**ISSSTE**

INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

Subdirección Médica

Subdirección de Enseñanza e Investigación

Comité de Ética en Investigación

"2016, AÑO DEL NUEVO SISTEMA DE JUSTICIA PENAL"

INVESTIGADOR O MÉDICO QUE INFORMA: Mario César Peralta. Le he explicado al Sr (a) \_\_\_\_\_, la naturaleza y los propósitos de la investigación, así como los riesgos y beneficios que implica su participación. He dado respuesta a todas sus dudas, y le he preguntado si ha comprendido la información proporcionada, con la finalidad de que pueda decidir libremente participar o no en este estudio. Acepto que he leído, conozco y me apego a la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos, que pondré el bienestar y la seguridad de los pacientes sujetos de investigación, por encima de cualquier otro objetivo.

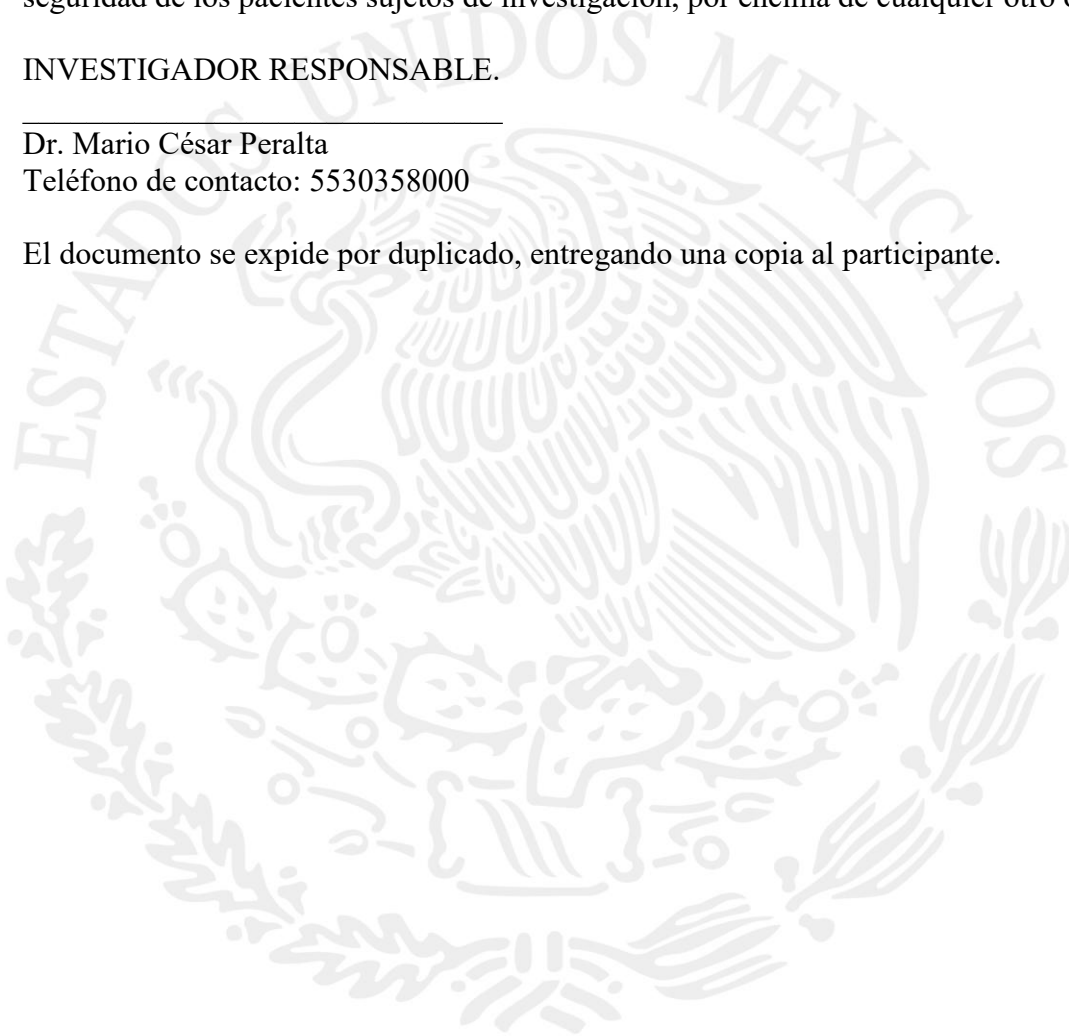
INVESTIGADOR RESPONSABLE.

Dr. Mario César Peralta

Teléfono de contacto: 5530358000

El documento se expide por duplicado, entregando una copia al participante.

3/3



Presidente del Comité de Ética en Investigación: Dra. Zoé G. Sondón García.  
Av. Félix Cuevas 540, Col. Del Valle, C.P. 03229, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México.  
Tel.: (55) 52 00 3544.