



## DOCUMENTO DE CONSENSO

## Documento de posicionamiento. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa sobre sexualidad y enfermedad inflamatoria intestinal



Marta Calvo Moya<sup>a,\*</sup>, Francisco Mesonero Gismero<sup>b</sup>, Cristina Suarez Ferrer<sup>c,d</sup>, Alejandro Hernández-Camba<sup>e</sup>, Danízar Vázquez Carlón<sup>f</sup>, Fátima García Benasach<sup>g</sup>, Mariam Aguas Peris<sup>h</sup>, Francisco José Delgado Oliva<sup>i</sup>, Yago González-Lama<sup>a</sup>, Mónica Millán Scheiding<sup>j</sup>, Isabel Alonso Sebastián<sup>k</sup>, Laura Camacho Martel<sup>l</sup>, Vanesa Gallardo Arriero<sup>m</sup>, Ana Echarri Piudo<sup>n</sup>, Pablo Bella Castillo<sup>o</sup>, Noelia Cano Sanz<sup>p</sup>, María Isabel Vera Mendoza<sup>a</sup>, Ruth Serrano Labajos<sup>q</sup>, Antonio Valdivia Martínez<sup>q</sup>, Lourdes Pérez Restoy<sup>r,s</sup>, Yamile Zabana Abdo<sup>t,u</sup>, Miriam Mañosa Ciria<sup>u,v</sup>, Francisco Rodríguez-Moranta<sup>w</sup>, Manuel Barreiro-de Acosta<sup>x,y</sup> y Ana Gutiérrez Casbas<sup>u,z</sup>, en representación de GETECCU<sup>◇</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

<sup>b</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

<sup>c</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>d</sup> Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>e</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>f</sup> Centro de Asistencia a la Reproducción Humana de Canarias (FIVAP), San Cristóbal de la Laguna, Tenerife, España

<sup>g</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

<sup>h</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

<sup>i</sup> Servicio de Urología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

<sup>j</sup> Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

<sup>k</sup> Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía general y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

<sup>l</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Psicología Clínica, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [calvo.marta@gmail.com](mailto:calvo.marta@gmail.com) (M. Calvo Moya).

◇ Los nombres de los componentes del grupo GETECCU están relacionados en el Anexo.

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2023.12.013>

0210-5705/© 2024 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

<sup>m</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Psicología Clínica, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

<sup>n</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Gastroenterología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, España

<sup>o</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Enfermería, Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

<sup>p</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Enfermería, Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de León, León, España

<sup>q</sup> Confederación Asociaciones de enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España, Madrid, España

<sup>r</sup> Sexología, Clínica Bonadea, Granada, España

<sup>s</sup> Neurohábilis Centro de Salud Integral, Granada, Loja y Puerto de Santa María, España

<sup>t</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona, España

<sup>u</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madrid, España

<sup>v</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Badalona, Barcelona, España

<sup>w</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>x</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña, España

<sup>y</sup> Fundación Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), A Coruña, España

<sup>z</sup> Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Gastroenterología, Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante, ISABIAL, Alicante, España

Disponible en Internet el 11 de enero de 2024

## PALABRAS CLAVE

Enfermedad inflamatoria intestinal;  
Disfunción sexual;  
Salud sexual;  
Calidad de vida;  
Abordaje multidisciplinar;  
GETECCU

**Resumen** Es ampliamente reconocido que la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se asocia con una alta prevalencia de disfunción sexual (DS). Sin embargo, existe una notable escasez de publicaciones específicas en este ámbito. Esta falta de información repercute en diferentes aspectos, incluyendo la comprensión y atención integral de la DS en el contexto de la EII. Además, los propios pacientes expresan esta limitación dentro del tratamiento de su enfermedad, generando así una necesidad insatisfecha en términos de su bienestar.

El objetivo del presente documento de posicionamiento del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) es realizar una revisión sobre los aspectos más relevantes y las posibles áreas de mejora en la detección, evaluación y manejo de la DS en personas con EII para integrar el abordaje de la salud sexual en nuestra práctica clínica. Se establecen recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible y la opinión de expertos. La elaboración de estas recomendaciones de GETECCU se ha efectuado a través de un enfoque colaborativo multidisciplinar en el que participan especialistas en gastroenterología, ginecología, urología, cirugía, enfermería, psicología, sexología y, por supuesto, pacientes con EII.

© 2024 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## KEYWORDS

Inflammatory bowel disease;  
Sexual dysfunction;  
Sexual health;  
Quality of life;  
Multidisciplinary approach;  
GETECCU

## Position statement of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis on sexuality and inflammatory bowel disease

**Abstract** It is widely acknowledged that inflammatory bowel disease (IBD) is associated with a high prevalence of sexual dysfunction (SD). However, there is a notable paucity of specific literature in this field. This lack of information impacts various aspects, including the understanding and comprehensive care of SD in the context of IBD. Furthermore, patients themselves express a lack of necessary attention in this area within the treatment of their disease, thus creating an unmet need in terms of their well-being.

The aim of this position statement by the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) is to provide a review on the most relevant aspects and potential areas of improvement in the detection, assessment, and management of SD in patients with IBD and to integrate the approach to sexual health into our clinical practice. Recommendations are established based on available scientific evidence and expert opinion. The development

of these recommendations by GETECCU has been carried out through a collaborative multi-disciplinary approach involving gastroenterologists, gynecologists, urologists, surgeons, nurses, psychologists, sexologists, and, of course, patients with IBD.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), fundamentalmente la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), es una entidad crónica y progresiva que tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las personas que la padecen. En las últimas décadas, se ha logrado un progreso significativo en su tratamiento, gracias al mejor entendimiento de sus bases fisiopatológicas y al desarrollo de nuevas terapias farmacológicas. Estos avances han permitido no solo tratar los síntomas asociados, sino también lograr un control más profundo, evidenciado por la normalización de biomarcadores y la mejoría de las lesiones endoscópicas. Más allá de estas mejoras, en el abordaje de la EII se persiguen objetivos más ambiciosos y relevantes para los pacientes, como mejorar su calidad de vida y prevenir la discapacidad<sup>1</sup>. Al adoptar un enfoque basado en el modelo biopsicosocial, se reconoce que no solo los aspectos biológicos, sino también los psicológicos y sociales influyen en el bienestar de un individuo. En este contexto, se resalta el papel fundamental que desempeña la sexualidad en la calidad de vida percibida por los pacientes.

A lo largo del siglo XX, se produjeron las mayores innovaciones en el estudio científico de la sexualidad humana, especialmente en áreas como la medicina y la psicología, donde se desarrollaron teorías y métodos más sistemáticos para comprenderla. Este progreso ha llevado a considerarla no solo como un factor fundamental para el bienestar y la calidad de vida de las personas, sino también como un elemento esencial en la promoción de la salud<sup>2</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la sexualidad como un elemento central del ser humano que comprende aspectos como la identidad y la orientación sexual, el placer, el erotismo y la reproducción. Se expresa a través de pensamientos, comportamientos y relaciones, y está influenciada por diversos factores, como componentes físicos, emocionales, cognitivos y socioculturales<sup>3</sup>. La salud sexual se define como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad<sup>3</sup>.

Los pacientes con EII presentan una variedad de características relacionadas con la enfermedad que podrían repercutir en la salud sexual. Entre ellas, se incluyen la incidencia y prevalencia del diagnóstico durante un periodo crucial para las relaciones sociales y sexuales, su naturaleza crónica e intermitente, así como las manifestaciones clínicas como dolor abdominal, incontinencia fecal, rectorragia y/o enfermedad perianal, que además interfieren con la intimidad personal. También las potenciales repercusiones del padecimiento como cirugías, desnutrición, fatiga, trastornos afectivos y alteraciones en la imagen corporal, como condicionan los estomas, pueden tener un impacto en la salud sexual de estos sujetos<sup>4-6</sup>.

En un abordaje integral, es necesario conocer, detectar y tratar todos los aspectos que pueden afectar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, y la salud sexual sería, sin duda, uno de ellos<sup>7</sup>. No obstante, en la actualidad, la sexualidad sigue siendo considerada tabú y existen importantes barreras en la comunicación en diferentes ámbitos, como el de la pareja, el social o el sanitario. Una encuesta a gastroenterólogos de la *American Gastroenterological Association* (AGA) mostró que muchos no abordan la función sexual en pacientes con EII debido a desconocimiento (33%) o incomodidad (20%) y solo 14% lo discute regularmente en sus consultas<sup>8</sup>. Por otro lado, los sujetos consideran su sexualidad como una prioridad en el tratamiento de su enfermedad y perciben que este aspecto no siempre se trata adecuadamente en las visitas<sup>9-12</sup>.

Al reconocer la ausencia de guías específicas que nos ayuden a evaluar la disfunción sexual (DS) en pacientes con EII en las consultas de gastroenterología, este documento de posicionamiento se alinea con los esfuerzos previos del GETECCU, donde se han delineado directrices en aspectos de esta enfermedad<sup>13-27</sup>. Nuestro objetivo es sentar las bases para una práctica clínica más estructurada que reconozca y aborde la salud sexual en personas con EII.

## Conceptos

### ¿Cómo se define la disfunción sexual? ¿Existe claridad en los conceptos?

La respuesta sexual integra una serie de fases que se inicia con el deseo sexual y finaliza con la resolución. Cada una de ellas comprende elementos fisiológicos, cognitivos y emocionales que interactúan entre sí y con las siguientes etapas (fig. 1). La DS se refiere a la presencia de dificultades persistentes o recurrentes en una o más fases del ciclo de respuesta sexual, generándose un impacto negativo en la satisfacción y el bienestar general de una persona.

La DS sexual es un término amplio y puede manifestarse en diferentes formas, como trastornos del deseo sexual, de la excitación, del orgasmo, por dolor durante el coito y de la satisfacción, los cuales pueden estar asociados a razones físicas, emocionales, interpersonales y/o sociales. Sus definiciones y causas se representan en la tabla 1.

*Recomendación.* Es fundamental que en la investigación y abordaje de la DS en la EII se utilicen definiciones claras y se tengan en cuenta las múltiples formas en que esta puede manifestarse, considerando tanto las causas físicas como las emocionales, interpersonales y sociales. Esto permitirá una evaluación precisa y un tratamiento adecuado de los pacientes afectados.

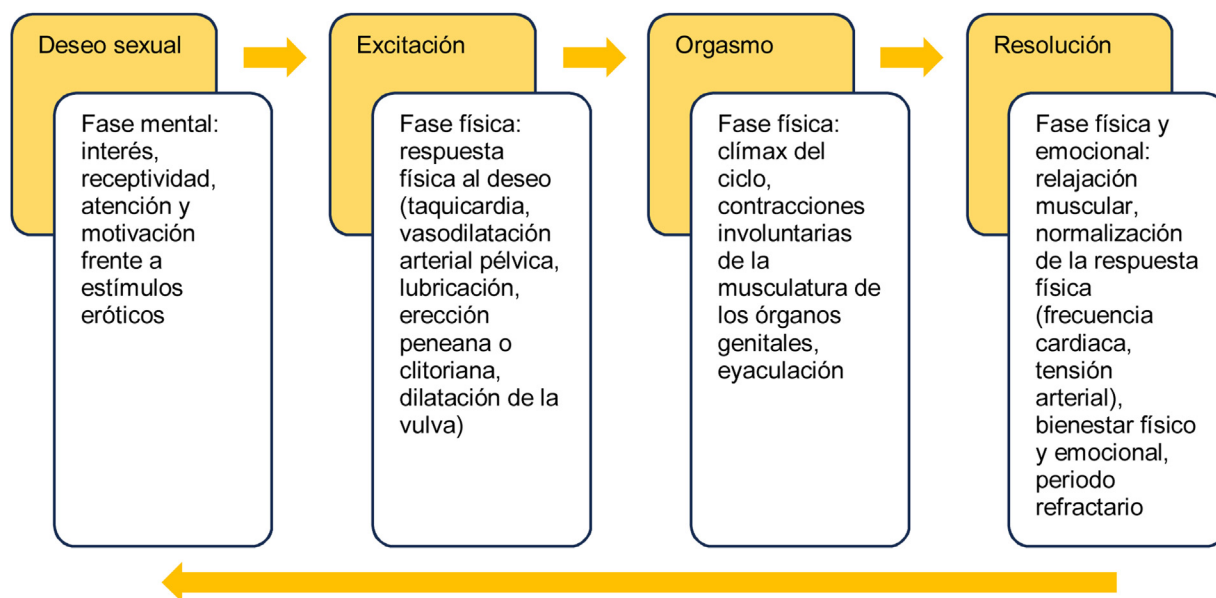


Figura 1 Fases de la respuesta sexual.

## Magnitud del problema

¿Cuál es la prevalencia de la disfunción sexual en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal? ¿Existen diferencias según el género o el tipo de enfermedad?

Al evaluar la prevalencia de DS en los pacientes con EII, nos encontramos con la limitación de que los parámetros de valoración son diferentes en ambos sexos. En los hombres, son más homogéneos, generalmente enfocados en la disfunción eréctil, mientras que en mujeres, los criterios de evaluación son menos definidos, resultando en una amplia variabilidad entre estudios<sup>28,29</sup>. A pesar de este condicionante, se describe que la prevalencia de DS en sujetos con EII es notablemente más elevada en mujeres, con tasas que oscilan entre 49 y 97%<sup>11,30–32</sup>, superando ampliamente las cifras de la población general (19-28%) y de otras enfermedades crónicas como las reumatológicas (31-75%)<sup>33,34</sup> o la psoriasis (23-71%)<sup>35</sup>. Por otro lado, la prevalencia de DS en hombres se sitúa entre 14 y 39%<sup>11,31,36</sup>, superando 7% en la población general. Las mujeres suelen describir la disminución del deseo sexual y dificultad para alcanzar el orgasmo<sup>11</sup>, mientras que los hombres refieren más frecuentemente la disfunción eréctil, eyaculatoria y reducción de la libido<sup>11,37</sup>. Esta diferencia de prevalencia y manifestaciones de DS entre géneros en personas con EII refleja una tendencia similar observada en otras entidades crónicas como la artritis reumatoide<sup>38</sup>.

En cuanto a las variaciones en la prevalencia de DS entre la EC y la CU, los estudios no ofrecen conclusiones definitivas<sup>39–42</sup>. Sin embargo, se sugiere que las pacientes con EC, especialmente con afectación perianal, podrían experimentar dispareunia con mayor frecuencia<sup>39,40</sup>.

## ¿Cuál es el impacto psicológico de la disfunción sexual en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal?

La DS en pacientes con EII puede interferir en una vida sexual satisfactoria, afectando la autoimagen, la autoestima y la relación de pareja. También puede intensificar la ansiedad durante la intimidad y, en caso de persistencia, puede desencadenar trastornos emocionales y estrés. Esta dinámica puede generar un ciclo de influencias mutuas donde el malestar emocional agrava la DS. Según las investigaciones, 45% de los sujetos refieren que la EII ha interrumpido su actividad sexual, y para 30%, esta enfermedad ha incluso contribuido al término de sus relaciones<sup>40,42</sup>. En población joven, la interferencia puede ser más pronunciada, reduciendo el interés y satisfacción sexual<sup>32</sup>. Adicionalmente, la falta de información precisa y la existencia de mitos sobre la sexualidad pueden producir inseguridades y sentimientos de culpa, lo que a su vez puede dificultar la comunicación y la continuidad de las relaciones sexuales.

*Recomendación.* Debido al impacto de la DS en la calidad de vida de los pacientes con EII, es imperativo desarrollar estrategias educativas robustas que proporcionen información precisa sobre la interacción entre la EII y la salud sexual. Además, se debe enfatizar en desmantelar mitos sobre la sexualidad y ofrecer apoyo psicológico para gestionar la ansiedad y otros trastornos emocionales relacionados.

**Tabla 1** Definiciones y causas de DS

Tipo		Definición	Género	Causas
Trastornos del deseo sexual	Deseo sexual hipoactivo/inhibido	Pérdida del interés y/o la actividad sexual ante diversos estímulos	Hombre	Psicológica-educacional
	Disminución libido o anafrodisia	Carencia de fantasías sexuales	Mujer	Tóxica Orgánica
Trastornos de la excitación sexual	Aversión al sexo			
	Disfunción eréctil	Dificultad o imposibilidad de alcanzar y/o mantener la erección apropiada del pene hasta la eyaculación	Hombre	Orgánica Psicológica Tóxica
	Eyaculación prematura	Pérdida de la capacidad para controlar y/o retrasar la eyaculación	Hombre	Psicológica
	Aneyaculación	Imposibilidad o retraso para la eyaculación tras un periodo de excitación normal	Hombre	Psicológica-educacional Tóxica Orgánica
	Eyaculación retardada			
	Sequedad vaginal	Disminución y/o ausencia de lubricación vaginal	Mujer	Orgánica Psicológica Tóxica
Trastornos del orgasmo	Anorgasmia	Dificultad o incapacidad para alcanzar la fase de orgasmo tras una adecuada excitación	Hombre	Psicológica-educacional
			Mujer	Tóxica Orgánica
Trastornos por dolor durante el coito	Vulvodinia	Dolor o molestia de la vulva persistente o recurrente en cualquier fase del ciclo sexual	Mujer	Psicológica Orgánica
	Coitalgia Dispareunia	Dolor genital recurrente o persistente durante o después del coito.	Hombre Mujer	Psicológica Orgánica
	Vaginismo	Contracción involuntaria de los músculos del suelo pélvico que rodean la vagina persistente o recurrente durante el coito que impide o dificulta la penetración	Mujer	Psicológica Orgánica
Disfunción sexual no especificada		Cualquier alteración o conjunto de las previas que conlleva a una alteración de la respuesta sexual	Hombre Mujer	Psicológica Tóxica Orgánica

DS: disfunción sexual.

### ¿Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal consideran que la disfunción sexual es una necesidad no cubierta en el abordaje de su padecimiento?

La percepción de descuido en la salud sexual por parte de los sujetos con EII es evidente y está respaldada por múltiples estudios<sup>8,10,43-45</sup>. Tanto los pacientes como los gastroenterólogos reconocen que la salud sexual es poco discutida durante las consultas, como se demuestra en un estudio colaborativo realizado en nuestro medio entre el GETECCU y la Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU)<sup>44</sup>. Las barreras para abordar la DS incluyen temores y vergüenza para iniciar estas conversaciones, falta de capacitación de los profesionales y limitaciones de tiempo<sup>8,10</sup>. A pesar de la existencia de escalas de valoración de DS, la falta de herramientas específicas en EII validadas en población española<sup>9,12</sup> y la ausencia de consenso sobre qué escalas utilizar, junto con su aplicación irregular en la práctica clínica, continúan siendo un desafío<sup>43,46,47</sup>. Adicionalmente, existe

una necesidad de ampliar la representación demográfica en los estudios sobre DS en EII. La mayoría de los trabajos han incluido principalmente a mujeres y personas de entre 30 y 40 años, introduciendo un sesgo de género y edad. Las causas y abordaje clínico de la DS varían entre géneros (tablas 2 y 3), pero también deberían ser sensibles a la edad. Un estudio reciente desafió el estereotipo de inactividad sexual en personas mayores, mostrando su interés en discutir la expresión y actividad sexual durante las consultas<sup>10</sup>. Por otro lado, la escasez de datos sobre la orientación sexual e identidad de género deja a los sujetos pertenecientes al colectivo de lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, queer, intersexuales, asexuales u otras minorías sexuales o de género diverso (LGBTQIA+) en un terreno poco explorado, además de que este grupo ya tiende a experimentar un deterioro mayor en la salud y bienestar<sup>48</sup>. Las limitadas investigaciones disponibles revelan necesidades y preocupaciones específicas en estos colectivos, incluyendo inquietudes sobre cómo los tratamientos de afirmación de género podrían afectar a la EII<sup>49-51</sup>.

**Tabla 2** Causas y abordaje de la DS en mujeres con EI

Causas	Descripción de la causa	Síntomas	Abordaje
Síntomas propios de la EI	Dolor abdominal, malestar, distensión, diarrea e incontinencia	Relaciones sexuales incómodas, dispareunia y evitación de la relación sexual <sup>52</sup>	Control de la actividad y ajuste de tratamiento por gastroenterólogo
Actividad de la enfermedad	Mayor frecuencia de DS en periodos de actividad  Afectación de la autoestima	Relaciones sexuales incómodas, dispareunia y sequedad vaginal <sup>53–56</sup>  Disminución de la libido y dificultad para alcanzar el orgasmo <sup>53</sup>	Control de la actividad y ajuste de tratamiento por gastroenterólogo  Derivación al psicólogo y/o sexólogo
Cambios hormonales fisiológicos en la vida de la mujer	Ciclo menstrual: exacerbación de los síntomas de EI, síndrome premenstrual acentuado  Menopausia fisiológica y quirúrgica	Relaciones sexuales incómodas y dispareunia <sup>55</sup>  Disminución de la libido, relaciones sexuales incómodas, dispareunia, sequedad vaginal y vulvodinia <sup>56</sup>	Derivación al ginecólogo. Valorar tratamiento hormonal sistémico, anticoncepción, tratamientos tópicos, hormonales, antibióticos e hidratantes vulvovaginales  Derivación a unidad de suelo pélvico
Psicológicas	Afectación del estado de ánimo y alteración de la imagen corporal. Depresión Ansiedad y estrés	Disminución de la libido, dificultad para alcanzar el orgasmo Dispareunia Disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales <sup>55</sup>	Derivación al psicólogo y/o sexólogo
Complicaciones de la enfermedad perianal	Abscesos, fístulas y alteración de la anatomía genital	Dispareunia, secreciones vaginales, infecciones y dolor genital crónico <sup>40</sup>	Valoración por ginecólogo, cirujano coloproctólogo, unidad de suelo pélvico y unidad del dolor
Fármacos	Corticoides: ganancia peso, retención líquidos y afectación de la imagen corporal  Antidepresivos	Disminución del deseo sexual y distorsión de la imagen corporal <sup>11</sup>  Disminución libido, dificultad para alcanzar orgasmo y excitación <sup>57,58</sup>	Ajuste de dosis o cambios en el tratamiento por gastroenterólogo y/o endocrinólogo  Derivación al psicólogo y/o psiquiatra
Cirugías Ostomía	Alteración de la percepción de la imagen corporal, miedo a experimentar fugas o filtraciones de contenido fecal alrededor del estoma, olor desagradable y ruidos intestinales	Disminución de la libido, dificultad para alcanzar el orgasmo y disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales Dispareunia, alteración de la secreción vaginal, vaginismo y vulvodinia <sup>59–61</sup>	Derivación al psicólogo, trabajo en conjunto con estomaterapeuta Valoración por ginecología, tratamientos tópicos o sistémicos, derivación al cirujano y valorar técnicas quirúrgicas para restaurar la anatomía
Proctocolectomía total con reservorio en J y anastomosis ileoanal	Incontinencia fecal, cicatrices, alteración de la anatomía genital como cambio en el ángulo de la vagina y retracción o daño de estructuras nerviosas en la cirugía Alteración de la percepción de la imagen corporal	Dispareunia, alteración de la secreción vaginal, vaginismo, vulvodinia Disminución de la libido, dificultad para alcanzar el orgasmo, disminución/evitación de las relaciones sexuales <sup>59–64</sup>	Derivación al ginecólogo, tratamientos tópicos o sistémicos  Derivación a unidad del suelo pélvico, masajes perineales, manejo del dolor crónico  Derivación al psicólogo

Tabla 2 (continuación)

Causas	Descripción de la causa	Síntomas	Abordaje
Cirugía perianal	Alteración de la anatomía genital y uso de setones	Dispareunia, alteración de la secreción vaginal, vaginismo, vulvodinia e infecciones	Derivación al cirujano coloproctólogo
	Riesgo de Incontinencia fecal. Alteración de la percepción de la imagen corporal	Disminución de la libido, dificultad para alcanzar el orgasmo, disminución/evitación de las relaciones sexuales <sup>60</sup>	Derivación al psicólogo, trabajo de aceptación de la imagen corporal

DS: disfunción sexual; EII: enfermedad inflamatoria intestinal.

**Recomendación.** Se recomienda mejorar la capacitación de los profesionales sobre DS en EII y promover un diálogo abierto y sin prejuicios sobre salud sexual en las consultas. Es crucial ampliar la diversidad demográfica en la investigación futura para comprender mejor cómo la DS afecta a diferentes grupos de pacientes con EII. También se debe fomentar la investigación sobre la intersección de la orientación sexual, la identidad de género y la EII, para proporcionar una atención inclusiva y específica que aborde las necesidades de la comunidad LGBTQIA+ y otros grupos subrepresentados en los estudios.

**Recomendación.** Es importante tener en consideración la complejidad y la interrelación de los factores que contribuyen a la DS en mujeres con EII, ya que pueden servir de guía para entender cómo diferentes aspectos de la enfermedad y su tratamiento pueden impactar su salud sexual, y así poder desarrollar estrategias de manejo más personalizadas y comprensivas.

## Causas de disfunción sexual

### ¿Cuáles son las causas específicas por género de disfunción sexual en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal?

#### Disfunción sexual en mujeres con enfermedad inflamatoria intestinal

La DS en mujeres puede desencadenarse debido a una variedad de factores como la edad, condiciones psicológicas (principalmente depresión, ansiedad y estrés), conflictos en las relaciones de pareja, fatiga, falta de privacidad, historial de abusos sexuales, efectos adversos de tratamientos y la presencia de enfermedades crónicas como la endometriosis, que pueden resultar en experiencias sexuales insatisfactorias, incómodas o dolorosas<sup>71-73</sup>. En el caso de las mujeres con EII, se ha reconocido desde hace más de tres décadas que una porción significativa de las pacientes experimenta desafíos sexuales, aunque estas dificultades suelen estar subdiagnosticadas<sup>74,75</sup>. Investigaciones recientes han evidenciado que las mujeres, en comparación con los hombres, tienen una manera distinta de presentación y afrontamiento de la EII. Las variaciones hormonales a lo largo de su vida (menarquia, ciclo menstrual, embarazo, menopausia, menopausia quirúrgica) afectan tanto a la salud sexual como a la manifestación de la EII, desencadenando o exacerbando la DS<sup>57</sup>.

En relación con las causas de DS en mujeres con EII, se ha identificado una correlación con los síntomas digestivos de la enfermedad, sus complicaciones y los tratamientos requeridos tanto médicos como quirúrgicos (tabla 2).

#### Disfunción sexual en hombres con enfermedad inflamatoria intestinal

La EII puede tener un impacto significativo sobre la salud sexual masculina y parece estar determinada por la interacción de múltiples elementos. Se han descrito varios factores relacionados directamente con la EII, como los tratamientos farmacológicos, las cirugías, los factores psicológicos o la actividad de la enfermedad<sup>37,65</sup> y otros independientes de la EII, como la diabetes o la hipertensión arterial (HTA), que contribuyen al desarrollo y perpetuación de la DS masculina, los cuales deben ser considerados para establecer un tratamiento integral apropiado<sup>66</sup> (tabla 3).

Diversas investigaciones han vinculado ciertos fármacos no específicos para la EII, como los betabloqueadores<sup>76</sup>, antidepresivos (predominantemente inhibidores de la recaptación de serotonina)<sup>70,77</sup> y opioides<sup>78,79</sup>, con el desarrollo de DS en hombres y posibles cambios en los parámetros seminales que podrían disminuir su fertilidad<sup>66</sup>. En relación con los medicamentos específicos para la EII, se ha señalado que tanto la sulfasalazina como el metotrexato podrían estar asociados con problemas de infertilidad masculina debido a alteraciones en la calidad del semen. Además, se ha descrito que la ciclosporina y el infliximab podrían afectar la movilidad y morfología de los espermatozoides, si bien la evidencia al respecto es limitada, se requieren estudios futuros para evaluar esta relación<sup>67</sup>. Por otro lado, investigaciones controladas y a gran escala han corroborado que el filgotinib no provoca modificaciones en las características del semen ni en las hormonas sexuales en pacientes con EII<sup>80,81</sup>. Al margen de estas alteraciones en el semen comentadas, hasta el momento, no se ha determinado una relación clara entre los tratamientos farmacológicos específicos para la EII y el desarrollo de DS.

**Tabla 3** Causas y abordaje de la DS en hombres con EII

Causas	Descripción de la causa	Síntomas	Abordaje
Síntomas propios de la EII	Dolor abdominal, diarrea, astenia y urgencia defecatoria	Disfunción eréctil, disfunción eyaculatoria y evitación de la relación sexual <sup>68,116</sup>	Control de la actividad y ajuste de tratamiento por gastroenterólogo
Actividad de la enfermedad	Mayor frecuencia en periodos de actividad	Disfunción eréctil, disfunción eyaculatoria y disminución de la fertilidad Evitación de la relación sexual <sup>65,66</sup>	Control de la actividad y ajuste de tratamiento por gastroenterólogo Cambios estilo de vida y corrección déficits nutricionales <sup>67,68</sup> Pautas de apoyo psicológico
Psicológicas	Afectación de la autoestima	Disminución de la libido Disminución frecuencia, calidad y satisfacción de las relaciones sexuales <sup>69</sup>	Derivación al psicólogo y/o sexólogo
	Depresión	Baja autoestima, irritabilidad y pobre comunicación con las parejas <sup>65,66</sup> Disminución deseo sexual	Derivación al psicólogo y/o sexólogo Pautas de apoyo psicológico (evitar ansiedad y estrés anticipatorio)
Complicaciones de la enfermedad perianal	Abscesos, fístulas, alteración de la anatomía genital	Disminución deseo sexual Disminución frecuencia, calidad y satisfacción de las relaciones sexuales <sup>69</sup>	Valorar derivar al urólogo, cirujano coloproctólogo y/o unidad del dolor
Fármacos	Betabloqueadores, antidepressivos (inhibidores de la recaptación de serotonina) y opioides	Disfunción eréctil <sup>70</sup> Alteración de los parámetros seminales <sup>66</sup> Disminución del deseo sexual <sup>70</sup>	Ajuste de dosis o cambio en el tratamiento por gastroenterólogo Derivación al urólogo Derivación al psicólogo y/o sexólogo
	Sulfasalazina y metotrexato	Alteración de los parámetros seminales <sup>67</sup> Disminución de la libido e impotencia en hombres en el caso de metotrexato	Valorar cambio del tratamiento por gastroenterólogo si deseo gestacional
Cirugías	Alteración de la percepción de la imagen corporal	Disminución deseo sexual, disminución frecuencia, calidad y satisfacción de las relaciones sexuales <sup>69</sup>	Derivación al psicólogo y/o sexólogo y estomaterapeuta
Proctocolectomía total con reservorio en J y anastomosis ileoanal	Lesión nerviosa autonómica posquirúrgica	Disfunción eréctil y eyaculatoria <sup>68,69</sup>	Derivación al urólogo Derivación a la unidad del dolor
Cirugía de la Enfermedad Perianal	Alteración de la percepción de la imagen corporal	Depresión y disminución deseo sexual Disminución frecuencia, calidad y satisfacción de las relaciones sexuales <sup>69</sup>	Derivación al psicólogo y/o sexólogo
Otros factores independientes a la EII	Daño endotelial vascular por HTA, DM, hábitos tóxicos (tabaco y alcohol), obesidad y edad avanzada	Disfunción eréctil <sup>37,66</sup>	Derivación al urólogo y endocrinólogo Corrección de factores metabólicos y cambio estilo vida <sup>67,68</sup>

DM: diabetes mellitus; DS: disfunción sexual; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; HTA: hipertensión arterial.

**Recomendación.** Para abordar la DS en hombres con EII, es esencial considerar factores físicos y psicológicos, incluyendo la influencia de tratamientos farmacológicos y la actividad de la enfermedad.

Además, es importante evaluar y controlar los factores de riesgo cardiovascular y ofrecer apoyo psicológico, así como un ajuste de tratamiento por parte de gastroenterólogos, según sea necesario.

## ¿Qué factores específicos de la enfermedad inflamatoria intestinal favorecen la disfunción sexual?

### Actividad de la enfermedad

Existe evidencia de que los síntomas digestivos de la EII, como la diarrea o el dolor abdominal, junto con otros extradigestivos, como la astenia, pueden afectar negativamente la sexualidad de los pacientes<sup>52,82,83</sup>. De hecho, la asociación entre la actividad de la enfermedad y la DS en sujetos con EII se ha descrito en numerosos estudios<sup>47,52,53,82,83</sup> y hasta 34% de ellos perciben que tiene un impacto directo sobre su salud sexual<sup>47</sup>. Esta relación es independiente del tipo de EII, pues tanto los individuos con CU como aquellos con EC con actividad tienen mayores tasas de DS que las personas en remisión (31,4 vs. 8,8% y 42,4 vs. 13,6%, respectivamente)<sup>84</sup>. Sin embargo, aún existe controversia sobre si la actividad de la enfermedad influye en la DS ya que, en otros estudios, esta influencia no parece ser tan consistente<sup>85</sup>, especialmente al comparar a pacientes con EII frente a controles sanos<sup>31,86</sup>.

El análisis de la relación entre inflamación intestinal y DS en pacientes con EII no ha revelado diferencias significativas en la prevalencia de DS en sujetos con o sin actividad endoscópica (54,2 vs. 62,9%;  $p=0,42$ ) ni en aquellos con niveles elevados de calprotectina fecal ( $\geq 200 \mu\text{g/g}$ ) (48,4 vs. 59,1%;  $p=0,58$ )<sup>87</sup>. No obstante, se ha observado una prevalencia significativamente mayor de DS en mujeres con actividad clínica (70 vs. 42%;  $p < 0,05$ ). Por consiguiente, parece que los síntomas relacionados con la actividad de la enfermedad, más que la propia actividad en sí, podrían estar asociados a la DS en pacientes durante los periodos de brote. Estos hallazgos son consistentes con encuestas en mujeres con EII, en las que se ha identificado una disminución del deseo sexual (*odds ratio* [OR] = 1,8; intervalo de confianza [IC] 95% = 1,0-3,2) y una reducción en la frecuencia de sus relaciones sexuales vinculada con la gravedad de la enfermedad (OR = 2,3; IC 95% = 1,4-4,7)<sup>53</sup>.

*Recomendación.* A pesar de la controversia sobre si la actividad de la EII *per se* influye en la DS, se observa una asociación entre los síntomas relacionados con la actividad de la enfermedad y la DS. Se debe prestar especial atención a las mujeres con EII durante las fases de actividad clínica, ya que pueden experimentar una disminución del deseo sexual y una reducción en la frecuencia de las relaciones sexuales vinculada con la gravedad de la enfermedad.

### Tratamiento médico de la enfermedad inflamatoria intestinal

Los fármacos inmunomoduladores y biológicos, frecuentemente empleados en el tratamiento de la EII, podrían tener un impacto negativo en la salud sexual. Sin embargo, la evidencia científica actual sobre su influencia es limitada y no establece una relación sólida con la DS en pacientes con EII<sup>67,88</sup>. Un aspecto relevante a considerar es el posible

impacto que las terapias para el control de la EII puedan tener sobre la percepción de la imagen corporal. En esta línea, los efectos cosméticos asociados a los corticoides, como la obesidad troncular, el acné o el hirsutismo, contribuyen a una percepción negativa que puede limitar la vida sexual en 21% de las mujeres y 4% de los hombres con EII<sup>11</sup>. Esta correlación entre los corticoides, la alteración de la percepción de la imagen corporal, así como la consecuente disminución de la satisfacción sexual y la calidad de vida, está respaldada por otras investigaciones, aunque no se observa con los inmunomoduladores ni los fármacos biológicos<sup>89</sup>.

Es relevante considerar que los pacientes que reciben tratamientos inmunomoduladores, biológicos y corticoides pueden presentar una mayor actividad inflamatoria o patrones de enfermedad más agresivos. Por lo tanto, es necesario disponer de más evidencia que controle estos posibles factores de confusión para discernir si el tratamiento condiciona la DS o si es la actividad de la enfermedad en sí la causante. Un desafío adicional en la evaluación del impacto de las terapias para la EII en la función sexual radica en que la mayoría de los estudios realizados han adoptado un formato de encuesta, lo que dificulta establecer una asociación causal desde el punto de vista metodológico. Sin embargo, una encuesta efectuada a médicos especializados en EII a través de la AGA reveló que 62% consideraba que los fármacos utilizados para controlar la enfermedad podrían tener un efecto negativo en la salud sexual de los pacientes<sup>8</sup>.

*Recomendación.* Aunque la evidencia sobre el impacto de los fármacos utilizados en la EII en la DS es limitada, se debe prestar atención a los efectos cosméticos de los corticoides en la percepción de la imagen corporal, que pueden afectar negativamente la vida sexual, especialmente en mujeres. Se requieren más estudios para comprender mejor la relación entre el tratamiento de la EII y la DS, considerando la actividad de la enfermedad y otros factores de confusión.

### Cirugías

La remisión de la actividad inflamatoria en la EII, incluso a través de cirugía, se acompaña generalmente de una mejor salud física y sexual de los pacientes. En este sentido, se ha demostrado que las resecciones intestinales en sujetos con EC mejoran su calidad de vida<sup>60,90</sup>. Sin embargo, ciertos abordajes quirúrgicos necesarios en algunos individuos con EII, que implican agresión en la zona pélvica, pueden afectar la función sexual al provocar alteraciones en la inervación de los genitales o distorsión de la anatomía de la pelvis<sup>45,91</sup>. Específicamente, después de la cirugía pélvica, existe un riesgo de DS en varones, como disfunción eréctil, y en mujeres, como dispareunia, disminución de la lubricación vaginal o pérdida de la propiocepción<sup>92,93</sup>.

Aunque la evidencia sugiere que la proctocolectomía total con reservorio en J y anastomosis ileoanal puede tener un efecto beneficioso en la función sexual en pacientes de ambos sexos<sup>92,94</sup>, es importante considerar que la creación del reservorio puede tener un impacto, probablemente

debido a una combinación de lesión nerviosa durante la disección rectal y cambios anatómicos derivadas de la disección pélvica, tales como adherencias o modificaciones en la angulación de la vagina en mujeres. Además, la proximidad del reservorio a la vagina y el proceso de cicatrización pueden causar dispareunia, que puede aumentar hasta en 25% de las pacientes intervenidas, aunque globalmente no se observa un cambio o disminución en la satisfacción sexual general, e incluso la función sexual parece mejorar en las mujeres después de aproximadamente 12 meses de la cirugía<sup>92,95,96</sup>. Adicionalmente, se presentan desafíos específicos asociados al reservorio, como la incontinencia fecal o el incremento de la frecuencia de las deposiciones, que pueden afectar diversos aspectos, como el deseo, la excitación y la satisfacción sexual<sup>59</sup>. La proctocolectomía total con amputación abdominoperineal interesfinteriana también ha demostrado tener un efecto desfavorable en la función sexual en ambos sexos, aunque el factor agravante probablemente sea la presencia de una ileostomía terminal. Los pacientes sometidos a este procedimiento pueden experimentar inquietudes relacionadas con fugas de la bolsa, olores o distorsión de la imagen corporal, lo cual contribuye al deterioro de la función sexual<sup>43,94,97–99</sup>.

La evidencia respecto a la función sexual en pacientes sometidos a cirugía para la EC fistulizante perianal es limitada. Aunque se sugiere un impacto negativo de esta intervención, los datos disponibles solo indican una tendencia no significativa hacia el deterioro de la función sexual en mujeres<sup>60</sup>. Cabe destacar que los sujetos que se someten a estos procedimientos presentan un riesgo elevado de experimentar incontinencia fecal, lo cual se traduce en un deterioro general de la calidad de vida y, posiblemente también, en la función sexual en hombres<sup>60</sup>.

Es importante tener en cuenta que los pacientes demandan un mejor abordaje del impacto que podría tener la cirugía en su salud sexual. En una encuesta realizada a 632 personas (80% mujeres, 65% con EII) con una cirugía intestinal/anal (85% portadores de ostomía) indicaban un efecto negativo en su actividad sexual tras la cirugía y una falta de información y apoyo previo a la realización de la misma por parte de los profesionales sanitarios<sup>100</sup>.

*Recomendación.* La cirugía puede tener un impacto significativo en la función sexual de pacientes con EII. Se debe considerar el riesgo de DS, especialmente en intervenciones que involucran la zona pélvica, y ofrecer información y apoyo adecuados antes y después de la cirugía.

### Aspectos psicológicos

En relación con el malestar emocional que pueden experimentar los pacientes con EII, los estudios indican que los factores psicológicos desempeñan un papel fundamental como causantes, agravantes y mantenedores de la DS, especialmente la depresión y el estrés<sup>101</sup>. Específicamente, la depresión es uno de los trastornos más relevantes que afecta el deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, el dolor y la satisfacción sexual<sup>31,52,53,102</sup>. Es importante tener en cuenta que la frecuencia de alteraciones emocionales en

personas con EII es mayor en comparación con otras enfermedades crónicas y con la población general<sup>103,104</sup>. Además, la baja autoestima, el miedo al rechazo, los brotes de actividad, la fatiga, la urgencia defecatoria, la incertidumbre y la vergüenza ante posibles fugas o incontinencia durante el acto pueden interferir de manera significativa, llevando a muchos pacientes a evitar las relaciones sexuales.

*Recomendación.* Se recomienda atender a la posibilidad del factor psicológico como iniciador, agravante o perpetuador de la DS en el manejo de pacientes con EII, considerando el impacto significativo de la depresión, el estrés y otros aspectos emocionales en su salud sexual.

## ¿Cuál es el estado actual de las estrategias de manejo para la disfunción sexual en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y qué metodologías o enfoques podrían optimizar su abordaje?

### Gastroenterología

El abordaje de la DS en pacientes con EII por parte de los gastroenterólogos ha evolucionado, enfocándose no solo en el control de la inflamación sino también en mejorar su calidad de vida, evidenciado por la inclusión de índices de calidad de vida en diversos estudios<sup>105,106</sup>.

Los índices utilizados para evaluar la DS en EII, tales como el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) y el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF)<sup>107,108</sup> (tabla 4), no consideran síntomas específicos de la EII como la presencia de diarrea o complicaciones perianales, aunque han sido validados en población española (tablas 1 y 2 del material suplementario)<sup>109,110</sup>. No obstante, se han desarrollado dos escalas específicas para EII, *Female Sexual Dysfunction Scale* (IBD-FSDS) y *Specific Male Sexual Dysfunction Scale* (IBD-MSDS) (tablas 3 y 4 del material suplementario), las cuales demuestran una alta validez interna y correlación con otros índices de DS femenina y masculina empleados en la población general<sup>111</sup>. Sin embargo, estas no han sido validadas en población española, lo que limita su uso clínico.

Para un manejo adecuado de la DS en pacientes con EII, es recomendable llevar a cabo una historia clínica exhaustiva, fomentar diálogos abiertos sobre sexualidad, realizar una exploración física y una valoración psicológica, así como la implementación de índices específicos de DS<sup>109,110</sup>. Esto debe ir en conjunto con un enfoque integral tras el diagnóstico de DS.

*Recomendación.* El abordaje de la DS en sujetos con EII requiere una evaluación más precisa y discusiones abiertas entre médicos y pacientes. Los índices específicos existentes necesitan validación en población local, y las estrategias para abordarlos deben incluir un manejo multidisciplinar.

**Tabla 4** Índices y escalas de valoración de la DS

Nombre	Autor/año publicación	Población	Dominios/Temas evaluados	Variables	Puntos de corte
FSFI	Rosen et al. <sup>108</sup> , 2000	Mujeres	Deseo sexual Excitación Lubricación Orgasmo Satisfacción Dolor	19	Puntuación total $\leq 26$ implica DS  Una puntuación más baja indica una mayor gravedad
IIEF	Rosen et al. <sup>107</sup> , 1997	Hombres	Deseo sexual Función eréctil Orgasmo Satisfacción con las relaciones sexuales Satisfacción general	15	Deseo sexual (rango de 0 a 10) Disfunción eréctil (rango de 0 a 30) 6-10: grave 11-16: moderada 17-25: leve 26-30: sin disfunción eréctil Orgasmo (rango de 0 a 10) Satisfacción con las relaciones sexuales (rango de 0 a 15) Satisfacción general (rango de 0 a 10)  Una puntuación más baja indica una mayor gravedad de la DS
IBD-FSDS	de Silva et al. <sup>12</sup> , 2018	Mujeres con EII	Cómo la EII afecta al acto sexual: Deseo sexual Evitación de las relaciones sexuales Conciencia de la enfermedad durante el acto sexual Preocupación por síntomas durante el acto sexual (dolor abdominal, pélvico o rectal) Fatiga Sentimientos negativos hacia la actividad sexual Satisfacción	15	Puntuación máxima: 92 Cada ítem se puntúa de forma individual de 0 a 4  Puntuaciones más altas indican una mayor gravedad de la DS
IBD-MSDS	O'Toole et al. <sup>9</sup> , 2018	Hombres con EII	Cómo la EII afecta al acto sexual: Deseo sexual Participación en el acto sexual Evitación de las relaciones sexuales Sentimiento de culpa acerca del sexo Fatiga Otros síntomas (dolor abdominal o pélvico, retortijones, rectorragia, incontinencia, dolor anal)	10	Puntuación máxima: 40 Cada ítem se puntúa de forma individual de 0 a 4  Puntuaciones más altas indican una mayor gravedad de la DS

DS: disfunción sexual; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; FSFI: índice de la función sexual femenina; IBD-FSDS: *Specific Female Sexual Dysfunction Scale*; IBD-MSDS: *Specific Male Sexual Dysfunction Scale*; IIEF: índice de la función sexual masculina.

## Enfermería

El rol de los profesionales de enfermería es fundamental para proporcionar información adecuada, ya que puede establecer una relación cercana en un entorno favorable, como la consulta especializada<sup>112</sup>. De hecho, en un estudio en el que se encuestó a los pacientes sobre diferentes aspectos de su función sexual vinculados con la enfermedad, estos consideraron que la enfermería especializada

en EII era el ámbito profesional más adecuado para proporcionar consejo<sup>100</sup>. Por tanto, el profesional de enfermería desempeña un papel vital en la detección y manejo de la DS en sujetos con EII, siendo reconocida su labor por el grupo europeo de enfermería en EC y CU (N-ECCO)<sup>113</sup>. Este debe estar capacitado para identificar problemas sexuales, proporcionar información y apoyo adecuados, y colaborar con otros especialistas para un enfoque integral y personalizado. La detección debe hacerse normalizando

la sexualidad, mediante preguntas directas adaptadas a la voluntad del paciente<sup>112</sup>. La información brindada debe ser inclusiva, abarcando diversas prácticas sexuales y el personal de enfermería debe estar entrenado para evitar prejuicios o puntos de vista sesgados.

La metodología *permission, limited information, specific suggestions, and intensive therapy* (PLISSIT), que sistematiza la entrevista en pasos, podría ser de utilidad en este contexto. Consiste en obtener permiso (P) del paciente, proporcionar información limitada (LI), dar sugerencias específicas (SS), y en casos necesarios, ofrecer terapia intensiva (IT), que incluye educación, cambios en hábitos y derivación a especialistas si es necesario<sup>114</sup>.

**Recomendación.** Se recomienda fomentar la capacitación del personal de enfermería en el abordaje de la DS en pacientes con EII, promoviendo un enfoque integral y personalizado. La implementación de la metodología PLISSIT podría estructurar mejor la entrevista y el seguimiento. Además, es vital impulsar la educación y la información sobre la sexualidad adaptada a las diversas prácticas sexuales, ayudando a normalizar la conversación sobre la DS.

## Ginecología

La evaluación ginecológica en pacientes con EII es crucial para identificar y tratar causas modificables de DS, mediante intervenciones específicas como hidratantes tópicos, hormonales, lubricantes, probióticos, antisépticos, antibióticos, masaje perineal, dilatadores, ejercicios del suelo pélvico y terapias sistémicas como anticoncepción para suprimir la menstruación o terapia hormonal sustitutiva en mujeres menopáusicas. También es relevante la derivación a unidades especializadas en suelo pélvico y a cirujanos coloproctólogos para evaluar y tratar fístulas y restaurar la anatomía perineal si es el caso, lo cual puede mejorar la función sexual. Además, la evaluación psicológica, la terapia individualizada y el asesoramiento sexual son vitales para abordar los aspectos psicosociales de las pacientes y sus parejas (tabla 2).

Es fundamental descartar la DS en personas con EII clínicamente activa y considerar que la exacerbación de síntomas puede relacionarse con cambios en el ciclo menstrual, informando a las pacientes para comprender que el empeoramiento es transitorio<sup>73,74</sup>.

Los ginecólogos desempeñan un papel crucial en el diagnóstico y tratamiento de la DS, requiriendo una valoración integral de la salud sexual de las pacientes y una sensibilización sobre las causas específicas de DS en personas con EII. Se enfatiza la necesidad de un enfoque multidisciplinar para proporcionar información y educación sobre la relación entre EII y salud sexual, adaptada a la edad y orientación sexual de las mujeres, permitiendo una comunicación abierta sobre su vida sexual con el equipo médico. Además, como especialistas en salud sexual femenina, tienen un papel clave en la concientización, apoyo a la investigación y

generación de proyectos educativos para mejorar el diagnóstico y tratamiento temprano de la DS en pacientes con EII.

**Recomendación.** Las mujeres con DS y EII deben ser evaluadas por ginecología para abordar las causas tratables con intervenciones específicas y remitir a servicios especializados si es necesario, garantizando así una valoración y asesoramiento continuo.

## Urología

El abordaje urológico de la DS en pacientes con EII requiere una historia clínica detallada que incluya tratamiento farmacológico, factores de riesgo cardiovascular y procedimientos quirúrgicos previos, acompañada de una evaluación sexual y física rigurosa para identificar deformidades o áreas dolorosas en la región genital o perineal<sup>115</sup>. Es importante evaluar los niveles de testosterona dada su influencia en la función eréctil y eyaculatoria. La EII puede provocar hipogonadismo, afectando hasta a 40% de los sujetos, principalmente debido a la inflamación crónica o al uso de medicamentos como esteroides y opioides<sup>66,68</sup>.

En lo que respecta al tratamiento urológico de la DS, la primera línea terapéutica para la disfunción eréctil incluye inhibidores de la fosfodiesterasa-5, con alternativas adicionales como alprostadil tópico o intrauretral, dispositivos de vacío peneano e inyecciones intracavernosas con alprostadil si las intervenciones iniciales no son eficaces<sup>69,115</sup>. La suplementación con testosterona en casos de hipogonadismo secundario a la EII es controvertida y se recomienda únicamente en casos con repercusión clínica por disfunción eréctil, disminución de la libido y/o astenia, siendo esencial considerar el ajuste de dosis o modificación de medicamentos que puedan influir en los niveles de testosterona.

Los tratamientos farmacológicos específicos o no de la EII que afecten la función eréctil deben ser reevaluados, considerando ajustes de dosis o cambio de medicación. Las modificaciones en el estilo de vida y la corrección de deficiencias nutricionales, especialmente la de zinc, también pueden resultar beneficiosas<sup>67,116,68</sup>.

**Recomendación.** Los hombres con DS y EII deben ser evaluados por urología para adaptar las recomendaciones y tratamientos convencionales a sus necesidades específicas.

## Cirugía

Realizar una cirugía en pacientes con EII puede suponer un desafío en cuanto a mantener la función sexual, ya que se podrían dañar estructuras anatómicas relevantes. Pero, con la evolución de las técnicas quirúrgicas, ahora se puede reducir este riesgo. Se destaca la necesidad de una intervención meticulosa para evitar daño en los nervios autonómicos, ajustando la escisión total del mesorrecto según la ana-

tomía específica del paciente<sup>94</sup>. Además, las tecnologías como la laparoscopia y la cirugía robótica han mostrado un efecto beneficioso especialmente en hombres, en los que se observa mayor preservación de la función eréctil, además de un posible impacto positivo en la función sexual en mujeres<sup>117</sup>. En casos de enfermedad perianal, las cirugías conservadoras y el uso prudente de setones contribuyen a un menor riesgo de DS, esencialmente en mujeres<sup>10,45,118</sup>.

Es crucial una discusión proactiva sobre cómo la cirugía podría afectar la función sexual durante la evaluación preoperatoria, considerando la edad y orientación sexual de los pacientes<sup>10,45,105,118,119</sup>. Esto implica que los cirujanos estén bien informados y utilicen técnicas avanzadas, además de garantizar que los sujetos conozcan los riesgos y puedan discutirlos sin reservas<sup>105</sup>. Tener acceso a información sobre las tasas de complicaciones sexuales en cada centro médico ayuda a hacer referencias informadas a unidades multidisciplinarias con más experiencia en procedimientos complejos. Por último, los pacientes que requieren un estoma o que se someterán a cirugías con riesgo potencial de necesitarlo, se beneficiarían de un enfoque integral que incluya educación, apoyo emocional, aceptación y crecimiento personal, promoviendo así una mejora en la calidad de vida y la función sexual<sup>98,120</sup>.

*Recomendación.* Para reducir el impacto de la cirugía en la salud sexual de los pacientes con EII, es esencial utilizar técnicas quirúrgicas avanzadas, asegurar una transición fluida a través de todas las fases del tratamiento quirúrgico y proporcionar una comunicación clara e información adecuada.

## Psicología

Desde esta perspectiva, la DS en pacientes con EII se aborda trabajando sobre los síntomas psicológicos que afectan directamente a la sexualidad. La mejora de la autoestima y la reducción del estigma asociado a los cambios físicos y estéticos posquirúrgicos son aspectos esenciales. La ansiedad, caracterizada por la hipervigilancia, es un factor conocido que altera la DS, especialmente en pacientes con EII. Por lo tanto, disminuir la hipervigilancia puede ser útil para mejorar la respuesta sexual en este contexto. El estrés y el estado anímico bajo también son factores que pueden interferir con una experiencia sexual satisfactoria. En este sentido, promover una escucha activa por parte del paciente respecto a su cuerpo y mejorar el manejo emocional son estrategias que pueden contribuir a una salud sexual optimizada. Adicionalmente, se ha observado que la terapia cognitivo-conductual es beneficiosa para reducir la ansiedad y ciertos síntomas gastrointestinales, aunque los resultados son limitados en este escenario específico<sup>121-123</sup>.

Crear un ambiente confortable en la consulta, garantizar la privacidad y promover una escucha activa hacia el paciente, junto con la iniciativa de los profesionales para facilitar conversaciones sobre sexualidad, son aspectos que pueden mejorar la sensación de seguridad del sujeto y permitir abordar sus inquietudes. La psicoeducación es vital para resolver dudas de los individuos en este proceso<sup>124</sup>.

Los profesionales tienen la oportunidad de mejorar la relación con el paciente y abordar las inquietudes relacionadas con la sexualidad durante las consultas o la hospitalización. Por tanto, es clave que los sujetos expresen sus dificultades o necesidades en este ámbito, lo que permite una comunicación abierta que reducirá su impacto y facilitará derivaciones adecuadas a especialistas en caso de detectarse problemas graves<sup>26</sup>.

*Recomendación.* Se sugiere la incorporación de psicólogos especializados en las unidades de EII para abordar de manera integral las problemáticas recurrentes en los pacientes y prevenir posibles dificultades futuras, lo que permitirá una gestión más efectiva de la DS. Esto, junto con la promoción de una comunicación abierta, la psicoeducación y la adopción de terapias como la cognitivo-conductual, formarán un enfoque comprensivo para mejorar la función sexual de los sujetos.

## Sexología

La sexología se revela como una herramienta fundamental en el acompañamiento de pacientes con EII para reconstruir una nueva erótica y vivencia de las experiencias sexuales, ya sea individualmente o en pareja, una vez estabilizada su salud. En este ámbito, el personal sanitario tiene un papel relevante en derivar a los sujetos hacia la atención sexológica para mejorar ese aspecto y aliviar el tabú respecto a la DS.

El abordaje desde la sexología se realiza mediante técnicas cognitivo-conductuales adaptadas al paciente y el estado de su enfermedad en el momento de la consulta. Se inicia con una entrevista exhaustiva sobre la educación sexual, ideas limitantes, tabúes, vivencias sexuales y expectativas. Se enfatiza una visión integradora y la adaptabilidad a las necesidades y deseos del sujeto, evitando el capacitismo en las intervenciones. La propuesta de un nuevo paradigma en la sexología busca contemplar al paciente desde una perspectiva holística respecto a su sexualidad, promoviendo espacios amigables y un enfoque multidisciplinar para una gestión completa de la DS.

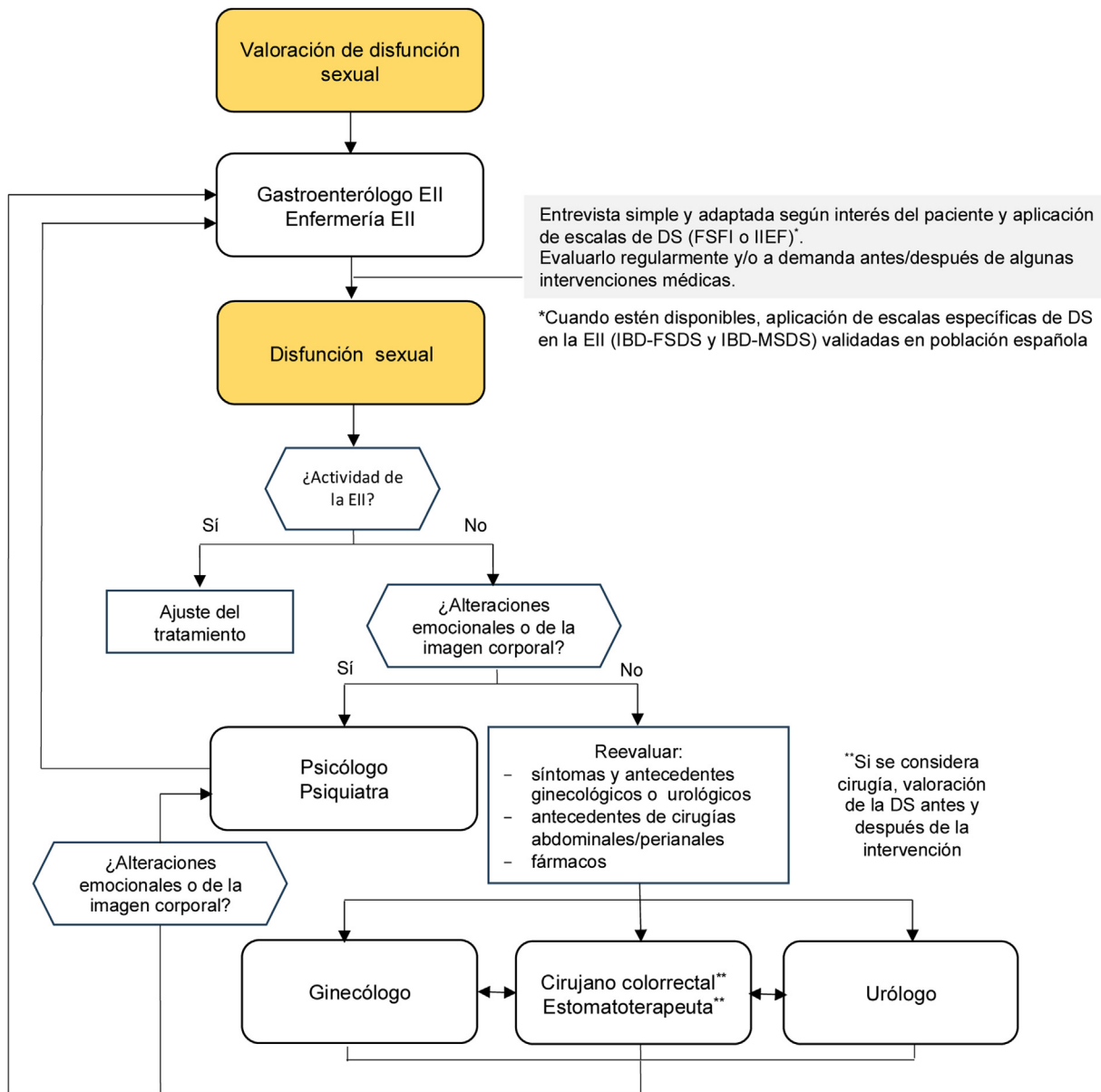
Es vital conocer el historial médico del paciente para un acompañamiento adecuado, entendiendo la multifactorialidad de la DS, que podría haber estado presente antes del diagnóstico de EII o intensificarse tras él. También es crucial mantener una perspectiva de género y diversidad, sin asumir la orientación o preferencias sexuales del sujeto.

Las intervenciones se centran en promover la conexión y el redescubrimiento con el placer, la construcción de la erótica, prácticas desgenitalizadas y la focalización en el mapa corporal erótico. Se pueden sugerir complementos sexuales, juguetes eróticos y prácticas que favorezcan la intimidad en pareja o individualmente, ayudando a aliviar el pensamiento negativo anticipatorio (hipervigilancia), lo que a su vez facilita una mayor relajación y activación de la respuesta sexual humana.

**Recomendación.** Se recomienda fomentar la incorporación de la figura del sexólogo en el manejo integral de los pacientes con EII, promoviendo la derivación a estos profesionales cuando exista DS. También es aconsejable avanzar hacia un paradigma en la sexología que contemple una visión integradora de la sexualidad, manteniendo una perspectiva de género y diversidad y promoviendo espacios de salud amigables e intervenciones personalizadas que aborden las particularidades y deseos del paciente.

**Pacientes**

El manejo de la DS en personas con EII requiere una integración de enfoques clínicos y sociales, resaltando la relevancia de su perspectiva. Dentro de este marco, las asociaciones de pacientes se erigen como plataformas esenciales para el apoyo recíproco y la sensibilización respecto a las repercusiones de la DS en la EII. Mediante campañas de concientización, estas asociaciones pueden desmitificar los tabúes en torno a la sexualidad y la EII, y proporcionar información respaldada sobre cómo la DS puede afectarles. Asimismo, pueden también facilitar la recopilación de



**Figura 2** Algoritmo de manejo de la DS en pacientes con EII. DS: disfunción sexual; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; FSFI: índice de la función sexual femenina<sup>108</sup>; IIEF: índice de la función sexual masculina<sup>107</sup>; IBD-FSDS: *Specific Female Sexual Dysfunction Scale*<sup>12</sup>; IBD-MSDS: *Specific Male Sexual Dysfunction Scale*<sup>9</sup>.

datos precisos que reflejen la realidad de los sujetos con EII, integrando las perspectivas de todos los profesionales sociosanitarios involucrados.

Por último, para mejorar la autoidentificación y comunicación sobre la DS, las asociaciones de pacientes pueden ofrecer talleres de capacitación. Esto permitiría a los sujetos identificar la DS y discutirla con confianza durante las consultas sanitarias.

*Recomendación.* Se recomienda fortalecer la colaboración entre profesionales sociosanitarios y asociaciones de pacientes para un manejo efectivo de la DS en personas con EII. Las campañas y talleres de las asociaciones son cruciales para desmitificar tabúes y facilitar la comunicación sobre DS. Se alienta promover la recopilación y análisis de datos para identificar áreas de mejora y desarrollar estrategias basadas en evidencia.

## Multidisciplinar

El propósito de este documento de posicionamiento de GETECCU es integrar el abordaje de la salud sexual de los pacientes con EII en nuestra práctica clínica. Esto se logra mediante un enfoque colaborativo y multidisciplinar que involucra a gastroenterólogos, ginecólogos, urólogos, cirujanos, personal de enfermería, psicólogos, sexólogos y, por supuesto, a los propios sujetos con EII. En este sentido, proponemos un algoritmo de evaluación, derivación y colaboración entre todos los profesionales involucrados, centrado en los pacientes (fig. 2).

## ¿Cuáles serían las propuestas consensuadas para mejorar la satisfacción sexual en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal?

Tras realizar una exhaustiva revisión de la evidencia científica disponible y con el conocimiento obtenido de la práctica clínica, los expertos participantes en el proceso de consenso han llegado a un acuerdo unánime respecto a las siguientes afirmaciones para mejorar la satisfacción sexual en los pacientes con EII:

- Reconocer la importancia e integrar el abordaje de la salud sexual en pacientes con EII en nuestra práctica clínica.
- Proporcionar información y educación adecuada sobre la DS relacionada con la EII, incluyendo sus posibles causas y opciones terapéuticas.
- Promover una comunicación abierta y sin tabúes sobre la sexualidad con los pacientes y sus parejas.
- Capacitar a los diferentes profesionales de la salud para que se sientan cómodos y formados para abordar la DS en personas con EII en colaboración con los sexólogos.
- Validar escalas específicas de evaluación de DS en pacientes con EII en la población española.
- Desarrollar guías y protocolos específicos para evaluar y tratar la DS en sujetos con EII en las consultas de gastroenterología.

- Realizar investigaciones adicionales sobre DS en grupos específicos de pacientes con EII como el colectivo LGT-BIQ+.
- Promover la incorporación de psicólogos en las unidades multidisciplinarias de EII con el fin de abordar la DS entre otras comorbilidades psicológicas de los pacientes con EII.
- Fomentar la colaboración multidisciplinar entre especialistas en gastroenterología, ginecología, urología, cirugía, enfermería, psicología y sexología para abordar de manera integral la salud sexual de los pacientes con EII.

## Conflicto de intereses

Marta Calvo Moya: ha recibido apoyo para la asistencia a conferencias, honorarios como ponente, apoyo a la investigación y honorarios por consultoría de AbbVie, MSD, Takeda, Janssen, Pfizer, Lilly, Shire, Chiesi, Dr Falk Pharma, Faes Pharma, Ferring, Kern Pharma y Tillotts Pharma.

Francisco Mesonero: ha recibido financiación en actividades educativas, conferencias y asesorías/ consultas científicas por parte de MSD, AbbVie, Takeda, Janssen, Pfizer, Ferring, Kern Pharma, Dr. Falk Pharma, Celltrion Healthcare, Galapagos, Chiesi, Tillotts Pharma y Faes Pharma.

Cristina Suárez: ha recibido apoyo para la asistencia a conferencias, honorarios como ponente, apoyo a la investigación y honorarios por consultoría de Ferring, Faes Pharma, AbbVie, Janssen, Pfizer, Takeda, Kern Pharma y Tillotts Pharma.

Alejandro Hernández-Camba: ha recibido apoyo para la asistencia a conferencias, honorarios como ponente, apoyo a la investigación y honorarios por consultoría de AbbVie, Adacyte Therapeutics, Janssen, Pfizer, Ferring, Kern Pharma, Faes Pharma, Takeda, Galapagos y Tillotts Pharma.

Danízar Vásquez: ha sido ponente o ha recibido financiación para la investigación de Gedeon Richter, Janssen, Ferring y Procare.

Fátima Benasach: ha sido ponente o ha recibido financiación para la investigación de Exeltis, Italfarmaco y Faes Pharma.

Mariam Aguas: ha recibido apoyo para la asistencia a conferencias, honorarios como ponente, apoyo a la investigación y honorarios por consultoría de AbbVie, Faes Pharma, Ferring, Galapagos, Janssen, Kern Pharma, Pfizer, Takeda y Tillotts Pharma.

Yago González-Lama: ha recibido apoyo para la asistencia a conferencias, honorarios como ponente, apoyo a la investigación y honorarios por consultoría de AbbVie, Takeda, Janssen, Pfizer, Biogen, Amgen, Ferring, Faes Pharma, Chiesi y Gebro Pharma.

Ana Echarri: ha recibido apoyo para la asistencia a conferencias, honorarios como ponente, apoyo a la investigación y honorarios por consultoría de Janssen, AbbVie, Pfizer, Galapagos y MSD.

Pablo Bella: ha sido ponente o ha recibido financiación para la investigación de Takeda, Janssen y Tillotts Pharma.

Noelia Cano: ha sido ponente o ha recibido financiación para la investigación de AbbVie, Takeda, Janssen, Lilly y Ferring.

María Isabel Vera: ha recibido apoyo para la asistencia a conferencias, honorarios como ponente, apoyo a la

investigación y honorarios por consultoría de MSD, AbbVie, Pfizer, Ferring, Shire, Takeda, Tillotts Pharma, Janssen y Galapagos.

Yamile Zabana: ha recibido apoyo para la asistencia a conferencias, honorarios como ponente, apoyo a la investigación y honorarios por consultoría de AbbVie, Adacyte, Amgen, Dr. Falk Pharma, Faes Pharma, Ferring, Janssen, MSD, Otsuka, Pfizer, Shire, Takeda, Galapagos, Boehringer Ingelheim y Tillotts Pharma.

Miriam Mañosa: ha recibido apoyo para la asistencia a conferencias, honorarios como ponente, apoyo a la investigación y honorarios por consultoría de investigación de AbbVie, MSD, Takeda, Ferring, Janssen, Pfizer, Tillotts Pharma, Faes Pharma, Gilead, Fresenius, Dr. Falk Pharma, Kern Pharma y Adacyte.

Francisco Rodríguez-Moranta: ha recibido apoyo para la asistencia a conferencias, honorarios como ponente, apoyo a la investigación y honorarios por consultoría de AbbVie, MSD, Takeda, Ferring, Janssen, Pfizer y Dr. Falk Pharma.

Manuel Barreiro-de Acosta: ha recibido apoyo para la asistencia a conferencias, honorarios como ponente, apoyo a la investigación y honorarios por consultoría de Pfizer, MSD, Takeda, AbbVie, Kern Pharma, Janssen, Fresenius Kabi, BMS, Ferring, Faes Pharma, Galapagos, Dr. Falk Pharma, Chiesi, Lilly, Adacyte y Tillotts Pharma.

Ana Gutiérrez ha recibido apoyo para la asistencia a conferencias, honorarios como ponente, apoyo a la investigación y honorarios por consultoría de AbbVie, MSD, Kern Pharma, Ferring, Faes Pharma, Amgen, Roche, Sandoz, Janssen, Pfizer, Dr. Falk Pharma, Tillotts Pharma y Galapagos.

Todas estas actividades de los autores han sido ajenas al trabajo actual.

Francisco José Delgado, Mónica Millán, Isabel Alonso, Laura Camacho, Vanesa Gallardo, Ruth Serrano, Antonio Valdivia y Lourdes Pérez no declaran conflictos de interés.

## Anexo. Miembros del grupo GETECCU:

Marta Calvo Moya; Francisco Mesonero Gismero; Cristina Suárez Ferrer; Alejandro Hernández-Camba; Mariam Aguas Peris; Yago González-Lama; Mónica Millán Scheiding; Laura Camacho Martel; Ana Echarri Piudo; María Isabel Vera Mendoza; Yamile Zabana Abdo; Miriam Mañosa Ciria; Francisco Rodríguez-Moranta; Manuel Barreiro-de Acosta; Ana Gutiérrez Casbas.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gastrohep.2023.12.013](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2023.12.013).

## Bibliografía

- Turner D, Ricciuto A, Lewis A, D'Amico F, Dhaliwal J, Griffiths AM, et al. STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD. *Gastroenterology*. 2021;160:1570–83.
- Valente S, Pellegrino JA, Tatti S. Sexualidad y salud sexual. *Rev Asoc Med Argent*. 2021;134:9–14.
- World Health Organization. Sexual health [consultado 1 Jul 2023]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/).
- Ghosh S, Mitchell R. Impact of inflammatory bowel disease on quality of life: Results of the European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (EFCCA) patient survey. *J Crohns Colitis*. 2007;1:10–20.
- 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;7:e344–50.
- Lönnfors S, Vermeire S, Greco M, Hommes D, Bell C, Avedano L. IBD and health-related quality of life—discovering the true impact. *J Crohns Colitis*. 2014;8:1281–6.
- Barsky JL, Friedman MA, Rosen RC. Sexual dysfunction and chronic illness: the role of flexibility in coping. *J Sex Marital Ther*. 2006;32:235–53.
- Christensen B, Prentice RE, Al-Ani AH, Zhang E, Bedell A, Rubin DT. Self-Reported Failure to Address Sexual Function in Patients With Inflammatory Bowel Disease by Gastroenterologists: Barriers and Areas for Improvement. *Inflamm Bowel Dis*. 2022;28:1465–8.
- O'Toole A, de Silva PS, Marc LG, Ulysse CA, Testa MA, Ting A, et al. Sexual Dysfunction in Men With Inflammatory Bowel Disease: A New IBD-Specific Scale. *Inflamm Bowel Dis*. 2018;24:310–6.
- Fourie S, Norton C, Jackson D, Czuber-Dochan W. «These Discussions Aren't Happening»: Experiences of People Living with Inflammatory Bowel Disease and Talking About Sexual Well-being with Health Care Professionals. *J Crohns Colitis*. 2021;15:1641–8.
- Marín L, Mañosa M, García-Planella E, Gordillo J, Zabana Y, Cabré E, et al. Sexual function and patients' perceptions in inflammatory bowel disease: a case-control survey. *J Gastroenterol*. 2013;48:713–20.
- de Silva PS, O'Toole A, Marc LG, Ulysse CA, Testa MA, Julsgaard M, et al. Development of a Sexual Dysfunction Scale for Women With Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2018;24:2350–9.
- Gomollón F, Rubio S, Charro M, García-López S, Muñoz F, Gisbert JP, et al. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) sobre el uso de metotrexato en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol*. 2015;38:24–30.
- Ferreiro-Iglesias R, Piqueras M, Ricart E, Sempere L, Roca M, de Carpi JM, et al. Recommendations of the Spanish Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis on the importance, screening and vaccination in inflammatory bowel disease patients. *Gastroenterol Hepatol*. 2022;45:805–18.
- Loras C, Mañosa M, Andújar X, Sánchez V, Martí-Gallostra M, Zabana Y, et al. Position Statement. Recommendations of the Spanish Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on the treatment of strictures in Crohn's disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2022;45:315–34.
- Riestra S, Taxonera C, Zabana Y, Carpio D, Beltrán B, Mañosa M, et al. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on screening and treatment of tuberculosis infection in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2021;44:51–66.
- Muñoz F, Ripollés T, Poza Cordon J, de Las Heras Páez de la Cadena B, Martínez-Pérez MJ, de Miguel E, et al. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on the use of abdominal ultrasound in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2021;44:158–74.
- Sicilia B, Vicente R, Arias L, Echarri A, Zabana Y, Mañosa M, et al. Recommendations of the Spanish Working Group on

- Crohn's disease and Ulcerative Colitis (Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa - GETECCU) on dysplasia screening in inflammatory bowel disease patients. *Gastroenterol Hepatol.* 2021;44:435–47.
19. González-Lama Y, Sanz J, Bastida G, Campos J, Ferreira R, Joven B, et al. Recommendations by the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on the treatment of patients with inflammatory bowel disease associated with spondyloarthritis. *Gastroenterol Hepatol.* 2020;43:273–83.
  20. Barreiro-de Acosta M, Marín-Jimenez I, Rodríguez-Lago I, Guarnier F, Espín E, Ferrer Bradley I, et al. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on pouchitis in ulcerative colitis. Part 2: Treatment. *Gastroenterol Hepatol.* 2020;43:649–58.
  21. Ginard D, Marín-Jiménez I, Barreiro-de Acosta M, Ricart E, Domènech E, Gisbert JP, et al. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on topical therapy in ulcerative colitis. *Gastroenterol Hepatol.* 2020;43:97–105.
  22. Boscá MM, Alós R, Maroto N, Gisbert JP, Beltrán B, Chaparro M, et al. Recommendations of the Crohn's Disease and Ulcerative Colitis Spanish Working Group (GETECCU) for the treatment of perianal fistulas of Crohn's disease. *Gastroenterol Hepatol.* 2020;43:155–68.
  23. Barreiro-de Acosta M, Gutierrez A, Rodríguez-Lago I, Espín E, Ferrer Bradley I, Marín-Jimenez I, et al. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on pouchitis in ulcerative colitis. Part 1: Epidemiology, diagnosis and prognosis. *Gastroenterol Hepatol.* 2019;42:568–78.
  24. Bermejo F, Aguas M, Chaparro M, Domènech E, Echarri A, García-Planella E, et al. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on the use of thiopurines in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol.* 2018;41:205–21.
  25. Guardiola J, Lobatón T, Cerrillo E, Ferreira-Iglesias R, Gisbert JP, Domènech E, et al. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) sobre la utilidad de la determinación de calprotectina fecal en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol.* 2018;41:514–29.
  26. Barreiro-de Acosta M, Marín-Jiménez I, Panadero A, Guardiola J, Cañas M, Gobbo Montoya M, et al. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) and the Association of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis Patients (ACCU) in the management of psychological problems in Inflammatory Bowel Disease patients. *Gastroenterol Hepatol.* 2018;41:118–27.
  27. Domènech E, López-Sanromán A, Nos P, Vera M, Chaparro M, Esteve M, et al. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on the monitoring, prevention and treatment of post-operative recurrence in Crohn's disease. *Gastroenterol Hepatol.* 2017;40:472–83.
  28. Rosen RC. Female sexual dysfunction: industry creation or under-recognized problem? *BJU Int.* 2003;92:3–4.
  29. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281:537–44.
  30. Zhao S, Wang J, Liu Y, Luo L, Zhu Z, Li E, et al. Inflammatory Bowel Diseases Were Associated With Risk of Sexual Dysfunction in Both Sexes: A Meta-analysis. *Inflamm Bowel Dis.* 2019;25:699–707.
  31. Rivière P, Zallot C, Desobry P, Sabaté JM, Vergniol J, Zerbib F, et al. Frequency of and Factors Associated With Sexual Dysfunction in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis.* 2017;11:1347–52.
  32. Jedel S, Hood MM, Keshavarzian A. Getting personal: a review of sexual functioning, body image, and their impact on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2015;21:923–39.
  33. Gordon D, Beastall GH, Thomson JA, Sturrock RD. Androgenic status and sexual function in males with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Q J Med.* 1986;60:671–9.
  34. Blake DJ, Maisiak R, Koplan A, Alarcón GS, Brown S. Sexual dysfunction among patients with arthritis. *Clin Rheumatol.* 1988;7:50–60.
  35. Molina-Leyva A, Jiménez-Moleón JJ, Naranjo-Sintes R, Ruiz-Carrascosa JC. Sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:649–55.
  36. Schmidt E, Suárez-Fariñas M, Mallette M, Moniz H, Bright R, Shah SA, et al. Erectile Dysfunction Is Highly Prevalent in Men With Newly Diagnosed Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2019;25:1408–16.
  37. Kao CC, Lin CL, Huang WY, Cha TL, Lin TY, Shen CH, et al. Association Between Inflammatory Bowel Disease and Erectile Dysfunction: A Nationwide Population-Based Study. *Inflamm Bowel Dis.* 2016;22:1065–70.
  38. Tański W, Dudek K, Tomasiewicz A, Świątoniowska-Lonc N. Sexual Dysfunction and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:3088.
  39. Nøhr EA, Nielsen J, Nørgård BM, Friedman S. Sexual Health in Women with Inflammatory Bowel Disease in the Danish National Birth Cohort. *J Crohns Colitis.* 2020;14:1082–9.
  40. 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.
  41. Schmidt E, Suárez-Fariñas M, Mallette M, Moniz H, Bright R, Shah SA, et al. A Longitudinal Study of Sexual Function in Women With Newly Diagnosed Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2019;25:1262–70.
  42. Muller KR, Prosser R, Bampton P, Mountfield R, Andrews JM. Female gender and surgery impair relationships, body image, and sexuality in inflammatory bowel disease: patient perceptions. *Inflamm Bowel Dis.* 2010;16:657–63.
  43. Christensen B. Inflammatory bowel disease and sexual dysfunction. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2014;10:53–5.
  44. Marín-Jiménez I, Gobbo Montoya M, Panadero A, Cañas M, Modino Y, Romero de Santos C, et al. Management of the Psychological Impact of Inflammatory Bowel Disease: Perspective of Doctors and Patients-The ENMENTE Project. *Inflamm Bowel Dis.* 2017;23:1492–8.
  45. Bedell A, Friedlander A. Management of Sexual Dysfunction in Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterol Clin North Am.* 2022;51:815–28.
  46. Katsanos KH, Saridi M, Albani E, Mantzouranis G, Zmora O, Christodoulou DK. Sexual Dysfunction in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2018;24:2348–9.
  47. Carrera Alonso E, López San Román A, Boixeda de Miquel D. Impacto de la enfermedad inflamatoria intestinal sobre la función sexual. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32:50–4.
  48. Gonzales G, Przedworski J, Henning-Smith C. Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States: Results From the National Health Interview Survey. *JAMA Intern Med.* 2016;176:1344–51.
  49. Schenker RB, Wilson E, Russell M, Cooke LC, Heyman MB, Verstraete SG. Recommendations for Transgender and Gender Nonconforming Adolescents and Young Adults With Inflammatory Bowel Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2021;72:752–5.
  50. Newman KL, Chedid VG, Boden EK. A Systematic Review of Inflammatory Bowel Disease Epidemiology and Health Outcomes in Sexual and Gender Minority Individuals. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023;21:1127–33.

51. Boyd T, Friedman S. Challenges and Opportunities for Advancing Research and Improving Care for Sexual and Gender Minorities With Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2023;29:672–4.
52. Bel LGJ, 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;12:1557–67.
53. Timmer A, Kemptner D, Bauer A, Takses A, Ott C, Fürst A. Determinants of female sexual function in inflammatory bowel disease: a survey based cross-sectional analysis. *BMC Gastroenterol.* 2008;8:45.
54. Chen CH, Lin YC, Chiu LH, Chu YH, Ruan FF, Liu WM, et al. Female sexual dysfunction- definition, classification, and debates. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2013;52:3–7.
55. Truta B. The impact of inflammatory bowel disease on women's lives. *Curr Opin Gastroenterol.* 2021;37:306–12.
56. Ona S, James K, Ananthkrishnan AN, Long MD, Martin C, Chen W, et al. Association Between Vulvovaginal Discomfort and Activity of Inflammatory Bowel Diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020;18:604–11.e1.
57. Feagins LA, Kane SV. Caring for Women with Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Clin North Am.* 2016;45:303–15.
58. Sanders JN, Gawron LM, Friedman S. Sexual satisfaction and inflammatory bowel diseases: an interdisciplinary clinical challenge. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215:58–62.
59. Ogilvie JW Jr, Goetz L, Baxter NN, Park J, Minami S, Madoff RD. Female sexual dysfunction after ileal pouch-anal anastomosis. *Br J Surg.* 2008;95:887–92.
60. Riss S, Schwameis K, Mittlböck M, Pones M, Vogelsang H, Reinisch W, et al. Sexual function and quality of life after surgical treatment for anal fistulas in Crohn's disease. *Tech Coloproctol.* 2013;17:89–94.
61. Bharadwaj S, Philpott JR, Barber MD, Graff LA, Shen B. Women's health issues after ileal pouch surgery. *Inflamm Bowel Dis.* 2014;20:2470–82.
62. Boudiaf R, Bouchard D, Rivière P, Brochard C, Laharie D, Abramowitz L, et al., GREP members (Groupe de Recherche en Proctologie). Assessment of sexual dysfunction in patients with perianal Crohn's disease. *Colorectal Dis.* 2021;23:114–22.
63. Farouk R, Pemberton JH, Wolff BG, Dozois RR, Browning S, Larson D. Functional outcomes after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Ann Surg.* 2000;231:919–26.
64. Bambrick M, Fazio VW, Hull TL, Pucel G. Sexual function following restorative proctocolectomy in women. *Dis Colon Rectum.* 1996;39:610–4.
65. Ma S, Veysey M, Ersser S, Mason-Jones A, Galdas P. The impact of inflammatory bowel disease on sexual health in men: A scoping review. *J Clin Nurs.* 2020;29(19–20):3638–51.
66. O'Toole A, Winter D, Friedman S. Review article: the psychosexual impact of inflammatory bowel disease in male patients. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;39:1085–94.
67. Park YE, Kim TO. Sexual Dysfunction and Fertility Problems in Men with Inflammatory Bowel Disease. *World J Mens Health.* 2020;38:285–97.
68. Allocca M, Gilardi D, Fiorino G, Furfaro F, Peyrin-Biroulet L, Danese S. Sexual and reproductive issues and inflammatory bowel disease: a neglected topic in men. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2018;30:316–22.
69. Hammami MB, Mahadevan U. Men With Inflammatory Bowel Disease: Sexual Function, Fertility, Medication Safety, and Prostate Cancer. *Am J Gastroenterol.* 2020;115:526–34.
70. Serretti A, Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol.* 2009;29:259–66.
71. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female Sexual Dysfunction. *Med Clin North Am.* 2019;103:681–98.
72. Faubion SS, Rullo JE. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. *Am Fam Physician.* 2015;92:281–8.
73. Nappi RE, Tiranini L, Martini E, Bosoni D, Righi A, Cucinella L. Medical Treatment of Female Sexual Dysfunction. *Urol Clin North Am.* 2022;49:299–307.
74. Lichtarowicz AM, Mayberry JF. Sexual dysfunction in women with Crohn's disease. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987;295:1065–6.
75. Guthrie E, Creed FH, Whorwell PJ. Severe sexual dysfunction in women with the irritable bowel syndrome: comparison with inflammatory bowel disease and duodenal ulceration. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987;295:577–8.
76. Ko DT, Hebert PR, Coffey CS, Sedrakyan A, Curtis JP, Krumholz HM. Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. *JAMA.* 2002;288:351–7.
77. Rosen RC, Lane RM, Menza M. Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacol.* 1999;19:67–85.
78. Nik Jaafar NR, Mislán N, Abdul Aziz S, Baharudin A, Ibrahim N, Midin M, et al. Risk factors of erectile dysfunction in patients receiving methadone maintenance therapy. *J Sex Med.* 2013;10:2069–76.
79. Hallinan R, Byrne A, Agho K, McMahon C, Tynan P, Attia J. Erectile dysfunction in men receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. *J Sex Med.* 2008;5:684–92.
80. Reinisch W, Hellstrom W, Dolhain RJEM, Sikka S, Westhovens R, Mehta R, et al. Effects of filgotinib on semen parameters and sex hormones in male patients with inflammatory diseases: results from the phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled MANTA and MANTA-RAY studies. *Ann Rheum Dis.* 2023;82:1049–58.
81. Hellstrom WJG, Dolhain RJEM, Ritter TE, Watkins TR, Arterburn SJ, Dekkers G, et al. MANTA and MANTA-RAY: Rationale and Design of Trials Evaluating Effects of Filgotinib on Semen Parameters in Patients with Inflammatory Diseases. *Adv Ther.* 2022;39:3403–22.
82. Mahmood S, Nusrat S, Crosby A, Zhao YD, Ali T. Assessment of sexual function among inflammatory bowel disease patients. *Am J Gastroenterol.* 2015;110:601–3.
83. Zhang J, Wei S, Zeng Q, Wu X, Gan H. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in patients with inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2021;36:2027–38.
84. Bokemeyer B, Hardt J, Hüppe D, Prenzler A, Conrad S, Düffelmeyer M, et al. Clinical status, psychosocial impairments, medical treatment and health care costs for patients with inflammatory bowel disease (IBD) in Germany: an online IBD registry. *J Crohns Colitis.* 2013;7:355–68.
85. Mules TC, Swaminathan A, Hirschfeld E, Borichevsky GM, Frampton CM, Day AS, et al. The Impact of Disease Activity on Sexual and Erectile Dysfunction in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2023;29:1244–54.
86. 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;5:87–94.
87. Mules TC, Swaminathan A, Hirschfeld E, Borichevsky GM, Frampton CM, Day AS, et al. The Impact of Disease Activity on SD and ED in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2023;29:1244–54.
88. Kanar O, Berry AC, Nakshabendi R, Lee AJ, Aldridge P, Myers T, et al. Effects of Immunomodulators and Biologic Agents on Sexual Health in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Ochsner J.* 2017;17:150–6.
89. McDermott E, Mullen G, Moloney J, Keegan D, Byrne K, Doherty GA, et al. Body image dissatisfaction: clinical features, and psychosocial disability in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2015;21:353–60.
90. Tiainen J, Matikainen M, Hiltunen KM. Ileal J-pouch-anal anastomosis, sexual dysfunction, and fertility. *Scand J Gastroenterol.* 1999;34:185–8.

91. Armuzzi A, Bortoli A, Castiglione F, Contaldo A, Daperno M, D'Inca R, et al. Female reproductive health and inflammatory bowel disease: A practice-based review. *Dig Liver Dis.* 2022;54:19–29.
92. Davies RJ, O'Connor BI, Victor C, MacRae HM, Cohen Z, McLeod RS. A prospective evaluation of sexual function and quality of life after ileal pouch-anal anastomosis. *Colon Rectum.* 2008;51:1032–5.
93. Clark-Snustad K, Butnariu M, Afzali A. Women's Health and Ulcerative Colitis. *Gastroenterol Clin North Am.* 2020;49:769–89.
94. Gklavas A, Kyprianou C, Exarchos G, Metaxa L, Dellis A, Papaconstantinou I. Sexual function after proctectomy in patients with inflammatory bowel disease: A prospective study. *Turk J Gastroenterol.* 2019;30:943–50.
95. Cornish J, Wooding K, Tan E, Nicholls RJ, Clark SK, Tekkis PP. Study of sexual, urinary, and fecal function in females following restorative proctocolectomy. *Inflamm Bowel Dis.* 2012;18:1601–7.
96. Cornish JA, Tan E, Teare J, Teoh TG, Rai R, Darzi AW, et al. The effect of restorative proctocolectomy on sexual function, urinary function, fertility, pregnancy and delivery: a systematic review. *Colon Rectum.* 2007;50:1128–38.
97. Ghazi LJ, Patil SA, Cross RK. Sexual dysfunction in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2015;21:939–47.
98. Horgan L, Richards H, Joy A. The Young Adult Male's Perception of Life with Inflammatory Bowel Disease and a Stoma: A Qualitative Examination. *J Clin Psychol Med Settings.* 2010;27:560–71.
99. Carlsson E, Bosaeus I, Nordgren S. What concerns subjects with inflammatory bowel disease and an ileostomy? *Scand J Gastroenterol.* 2003;38:978–84.
100. Dames NB, Squire SE, Devlin AB, Fish R, Bisset CN, Tozer P. Respondents to the Sex After Colorectal Surgery Survey. «Let's talk about sex»: a patient-led survey on sexual function after colorectal and pelvic floor surgery. *Colorectal Dis.* 2021;23:1524–51.
101. Bommena S, Goldberg A, Amini M, Alishahi Y. Depression in Women With Inflammatory Bowel Disease: A Multifaceted Approach for a Multidimensional Problem. *Inflamm Bowel Dis.* 2023;29:1957–70.
102. Eluri S, Cross RK, Martin C, Weinfurt KP, Flynn KE, Long MD, et al. Inflammatory Bowel Diseases Can Adversely Impact Domains of Sexual Function Such as Satisfaction with Sex Life. *Dig Sci.* 2018;63:1572–82.
103. Marrie RA, Walld R, Bolton JM, Sareen J, Walker JR, Patten SB, et al. CIHR Team in Defining the Burden and Managing the Effects of Psychiatric Comorbidity in Chronic Immunoinflammatory Disease. Increased incidence of psychiatric disorders in immune-mediated inflammatory disease. *J Psychosom Res.* 2017;101:17–23.
104. Martin-Subero M, Anderson G, Kanchanatawan B, Berk M, Maes M. Comorbidity between depression and inflammatory bowel disease explained by immune-inflammatory, oxidative, and nitrosative stress; tryptophan catabolite; and gut-brain pathways. *CNS Spectr.* 2016;21:184–98.
105. Friedman S. Sexual dysfunction in inflammatory bowel disease: «don't ask, don't tell» doesn't work. *Inflamm Bowel Dis.* 2015;21:948–50.
106. Szydlarska D, Jakubowska A, Rydzewska G. Assessment of sexual dysfunction in patients with inflammatory bowel disease. *Prz Gastroenterol.* 2019;14:104–8.
107. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology.* 1997;49:822–30.
108. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26:191–208.
109. Díaz-Mohedo E, Meldaña Sánchez A, Cabello Santamaria F, Molina García E, Hernández Hernández S, Hita-Contreras F. The Spanish Version of the International Index of Erectile Function: Adaptation and Validation. *Int J Env Res Public Health.* 2023;20:1830.
110. Sánchez-Sánchez B, Navarro-Brazález B, Arranz-Martín B, Sánchez-Méndez Ó, de la Rosa-Díaz I, Torres-Lacomba M. The Female Sexual Function Index: Transculturally Adaptation and Psychometric Validation in Spanish Women. *Int J Env Res Public Health.* 2020;17:994.
111. Kalmbach DA, Ciesla JA, Janata JW, Kingsberg SA. The Validation of the Female Sexual Function Index, Male Sexual Function Index, and Profile of Female Sexual Function for Use in Healthy Young Adults. *Arch Sex Behav.* 2015;44:1651–62.
112. Rosso C, Aaron AA, Armandi A, Caviglia GP, Vernero M, Saracco GM, et al. Inflammatory Bowel Disease Nurse-Practical Messages. *Nurs Rep.* 2021;11:229–41.
113. Kemp K, Dibley L, Chauhan U, Greveson K, Jäghult S, Ashton K, et al. Second N-ECCO Consensus Statements on the European Nursing Roles in Caring for Patients with Crohn's Disease or Ulcerative Colitis. *J Crohns Colitis.* 2018;12:760–76.
114. Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther.* 1976;2:1–15.
115. Salonia A, Bettocchi C, Boeri L, Capogrosso P, Carvalho J, Cileviz NC, et al. European Association of Urology Guidelines on Sexual and Reproductive Health-2021 Update: Male Sexual Dysfunction. *Eur Urol.* 2021;80:333–57.
116. Wu X, Zhang Y, Zhang W, Liu G, Huang H, Jiang H, et al. The Prevalence and Associated Risk Factors of Erectile Dysfunction in Patients With Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Sex Med.* 2022;19:950–60.
117. Picaud O, Beyer-Berjot L, Parc Y, Karsenty G, Creavin B, Berdah S, et al. Laparoscopic rectal dissection preserves erectile function after ileal pouch-anal anastomosis: a two-centre study. *Colorectal Dis.* 2021;23:123–31.
118. Nee J, Feuerstein JD. Optimizing the Care and Health of Women with Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Res Pr.* 2015;2015:435820.
119. Friedman S. A Meta-analysis of Sexual Function in Patients With Inflammatory Bowel Disease: Examining a Small Piece of the Puzzle. *Inflamm Bowel Dis.* 2019;25:708–10.
120. Polidano K, Chew-Graham CA, Bartlam B, Farmer AD, Saunders B. Embracing a «new normal»: the construction of biographical renewal in young adults narratives of living with a stoma. *Social Health Illn.* 2020;42:342–58.
121. Boye B, Lundin KE, Jantschek G, Leganger S, Mokleby K, Tangen T, et al. INSPIRE study: does stress management improve the course of inflammatory bowel disease and disease-specific quality of life in distressed patients with ulcerative colitis or Crohn's disease? A randomized controlled trial. *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17:1863–73.
122. Levenstein S, Li Z, Almer S, Barbosa A, Marquis P, Moser G, et al. Cross-cultural variation in disease-related concerns among patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:1822–3180.
123. Hopkins CWP, Powell N, Norton C, Dumbrill JL, Hayee B, Moulton CD. Cognitive Impairment in Adult Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Acad Consult Liaison Psychiatry.* 2021;62:387–403.
124. Drossman DA, Leserman J, Li ZM, Mitchell CM, Zagami EA, Patrick DL. The rating form of IBD patient concerns: a new measure of health status. *Psychosom Med.* 1991;53:701–12.