



La salud sexual en personas con incontinencia urinaria

Memoria del Trabajo Final de Máster
Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería
Universitat Jaume I
Curso académico 2017-2018

Presentada por Mónica Checa Talavera
Realizado bajo la tutela María Isabel Orts Cortés

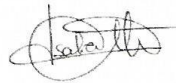
Curso 2017-2018

(El presente documento es entregado 15 DÍAS ANTES de la defensa junto con el trabajo por parte del alumno/a)

Yo, D./Dña. María Isabel Orts Cortés
profesor/a tutor/a de D./Dña. MONICA CHECA TALAVER

HAGO CONSTAR QUE:

- El TFM presentado por escrito cumple los requisitos para ser defendido de manera oral.
- El/la estudiante cumple los requisitos para la defensa oral y pública del mismo.



En Castellón, a 9/09/2018



REPOSITORI INSTITUCIONAL

BIBLIOTECA

Autorització per a la difusió en accés obert del treball de final de grau o de final de màster

Autorización para la difusión en acceso abierto del trabajo de final de grado o de final de máster

A. Treball de final de grau o de final de màster / Trabajo de final de grado o de final de máster

Grau/Màster (denominació oficial) / Grado/Máster (denominación oficial)

Máster oficial Ciencias de la Enfermería

Autor o autora / Autor o autora

MONICA CHECA TALAVERA

DNI / DNI

46456440M

Títol /

LA SALUD SEXUAL EN PERSONAS CON INCONTINENCIA URINARIA

B. Vistiplau del tutor o tutora / Visto bueno del tutor o tutora

Nom i cognoms / Nombre y apellidos

María Isabel Orts Cortés

Done el vistiplau per a la difusió en accés obert d'aquest treball des del Repositori UJI. Doy el visto bueno para la difusión en acceso abierto de este trabajo desde el Repositorio UJI

No done el vistiplau per a la difusió en accés obert d'aquest treball des del Repositori UJI. No doy el visto bueno para la difusión en acceso abierto de este trabajo desde el Repositorio UJI

Firma / Firma)

C. Vistiplau del supervisor o supervisora / Visto bueno del supervisor o supervisora

Nom i cognoms / Nombre y apellidos

ANA ISABEL ALICARTE GRACIA

Centre o empresa / Centro o empresa

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

Done el vistiplau per a la difusió en accés obert d'aquest treball des del Repositori UJI. Doy el visto bueno para la difusión en acceso abierto de este trabajo en el Repositorio UJI

No done el vistiplau per a la difusió en accés obert d'aquest treball des del Repositori UJI. No doy el visto bueno para la difusión en acceso abierto de este trabajo en el Repositorio UJI

(Firma / Firma)

D. Autorització i declaració de l'autor o autora / Autorización y declaración del autor o autora

Com a autor o autora del treball indicat / Como autor o autora del trabajo indicado
Declare / Declaro

- | | |
|---|---|
| <p>1. El document indicat és un treball original elaborat per mi i no infringeix els drets d'autoria d'una altra persona o entitat.</p> <p>2. El material amb drets de tercers està clarament identificat i reconegut en el contingut del document lliurat.</p> <p>3. Autoritze la Universitat Jaume I a conservar més d'una còpia d'aquest document i, sense alterar-ne el contingut, a transformar-lo en altres formats, suports o mitjans per a garantir-ne la seguretat, preservació i accés.</p> <p>4. Aquesta autorització implica que la Universitat Jaume I ha d'identificar clarament el meu nom com a autor o autora o propietari o propietària dels drets d'explotació d'aquest treball i no ha de fer cap alteració del seu contingut diferent de les permeses en aquest document.</p> <p>5. Autoritze a reproduir, comunicar i distribuir aquest document mundialment en format electrònic amb caràcter no exclusiu en el Repositori UJI sota la llicència Creative Commons:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CC-BY-SA «Reconeixement-Compartir igual». És permesa la reproducció, la distribució, la comunicació pública, la realització d'obres derivades i l'ús comercial sempre que se'n cite l'autoria i amb la mateixa llicència CC o equivalent.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CC-BY-NC-SA «Reconeixement-No comercial-Compartir igual». És permesa la reproducció, la distribució, la comunicació pública i la realització d'obres derivades sempre que se'n cite l'autoria i amb la mateixa llicència CC o equivalent, però no és permès fer-ne un ús comercial.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CC-BY-NC-ND «Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades». És permesa la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n cite l'autoria, però no és permesa la realització d'obres derivades ni el seu ús comercial.</p> <p><input type="checkbox"/> No autoritze la difusió en accés obert d'aquest treball en el Repositori UJI.</p> | <p>1. El documento indicado es un trabajo original elaborado por mí y no infringe los derechos de autoría de otra persona o entidad.</p> <p>2. El material con derechos de terceros está claramente identificado y reconocido en el contenido del documento entregado.</p> <p>3. Autorizo a la Universitat Jaume I a conservar más de una copia de este documento y, sin alterar su contenido, a transformarlo en otros formatos, soportes o medios para garantizar su seguridad, preservación y acceso.</p> <p>4. Esta autorización implica que la Universitat Jaume I deberá identificar claramente mi nombre como autor o autora o propietario o propietaria de los derechos de explotación de este trabajo y no deberá realizar ninguna alteración de su contenido diferente de las permitidas en este documento.</p> <p>5. Autorizo a reproducir, comunicar y distribuir este documento mundialmente en formato electrónico con carácter no exclusivo en el Repositorio UJI bajo la licencia Creative Commons:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CC-BY-SA «Reconocimiento-Compartir igual». Se permite la reproducción, la distribución, la comunicación pública, la realización de obras derivadas y el uso comercial siempre que se cite la autoría y con la misma licencia CC o equivalente.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CC-BY-NC-SA «Reconocimiento-No comercial-Compartir igual». Se permite la reproducción, la distribución, la comunicación pública y la realización de obras derivadas siempre que se cite la autoría y con la misma licencia CC o equivalente, pero no se permite hacer un uso comercial.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CC-BY-NC-ND «Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas». Se permite la reproducción, la distribución y la comunicación pública siempre que se cite la autoría, pero no se permite la realización de obras derivadas ni su uso comercial.</p> <p><input type="checkbox"/> No autorizo la difusión en acceso abierto de este trabajo en el Repositorio UJI.</p> |
|---|---|

(Firma / Firma)



Barcelona , 9 d e Septiembre de 20 18

Acta del Tribunal de Evaluación del TFM.

(A rellenar por el tribunal el día de la defensa)

Título del proyecto
Estudiante <ul style="list-style-type: none">• Nombre y apellidos:
Tutor Proyecto <ul style="list-style-type: none">• Nombre y apellidos:• Categoría profesional:• Departamento:
Tribunal de evaluación <ul style="list-style-type: none">• Presidente:• Secretario/a:• Vocal:
Calificación del TFM: _____
Fecha de la exposición y defensa y firma de los miembros del tribunal
Presidente Secretario Vocal

EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN/DEFENSA

Evaluador/a: _____

Título del trabajo: _____

Alumno/a: _____

CRITERIO	VALOR	COMENTARIOS
La presentación se puede ver correctamente		
La presentación se puede leer correctamente		
La información es adecuada		
El contenido se ajusta al tema propuesto		
La secuencia expositiva es adecuada		
Dinamismo en la exposición		
El tiempo de exposición es el previsto (15')		
PUNTUACIÓN TOTAL		

OBSERVACIONES:

EVALUACIÓN DE CONTENIDO

Evaluador/a: _____

Título del trabajo: _____

Alumna/o: _____

	CRITERIO	VALOR 0 Ausente / Muy deficitario	VALOR 1	VALOR 2	VALOR 3	VALOR 4 Muy Satisfactorio
1	Resumen	0	1	2		
2	Índice	0	1			
3	Enunciado e importancia del problema	0	1	2		
4	Marco teórico o conceptual	0	1	2	3	4
5	Descripción precisa del contexto sociosanitario	0	1	2	3	4
6	Hipótesis y/o preguntas de la investigación	0	1	2	3	4
7	Limitaciones	0	1			
8	Revisión de la literatura	0	1	2	3	4
9	Tipo de estudio y diseño	0	1	2	3	4
10	Creatividad / Novedad	0	1	2		
11	Población estudio definida	0	1	2	3	
12	Material o instrumentos	0	1	2	3	4
13	Procedimiento análisis datos	0	1	2	3	4
14	Resultados	0	1	2	3	4
15	Discusión	0	1	2	3	4
16	Conclusiones	0	1	2	3	4
17	Referencias en el texto	0	1	2		
18	Bibliografía según normativa	0	1	2	3	4
19	Perspectiva enfermera	0	1	2	3	4
20	Aplicabilidad	0	1	2		
PUNTUACIÓN TOTAL (Máx. 63) x 0,159						

Agradecimientos.

A mi tutora Isabel Orts por su ayuda y sus ánimos.

A mis compañeras del Hospital Clínic de Barcelona por apoyarme en la finalización de este máster.

A mi marido Xavi por su paciencia y su apoyo en todo momento.

Índice

1. Introducción.....	5
1.1. La incontinencia urinaria.....	5
1.2. Disfunción sexual e IU en mujeres.....	6
1.3. Disfunción sexual e IU en hombres.....	7
2. Objetivos.....	9
2.1. Objetivo general.....	9
2.2. Objetivos específicos.....	9
3. Metodología.....	10
3.1. Diseño.....	10
3.2. Población y ámbito de estudio.....	10
3.3. Diseño muestral.....	10
3.4. Variables y métodos de medida.....	11
3.5. Fuentes de información.....	12
3.6. Recogida de datos.....	12
3.7. Análisis de datos.....	13
3.8. Consideraciones éticas.....	13
3.9. Costes económicos.....	14
4. Resultados.....	15
5. Discusión.....	22

6. Conclusiones.....	24
7. Referencias bibliográficas.....	25
8. Anexos.....	28

LA SALUD SEXUAL EN PERSONAS CON INCONTINENCIA URINARIA

RESUMEN

Objetivos: Describir la frecuencia de la disfunción sexual (DS) en personas afectadas de incontinencia urinaria, sea de esfuerzo (IUE) o de urgencia (IUU) o mixta (IUM).

Metodología: Se trata de un estudio observacional transversal. Participaron las personas que acudieron a la Unidad de Diagnóstico Urológico del Hospital Clínic de Barcelona con sintomatología de incontinencia urinaria. Se les realizó una entrevista donde se efectuó la recogida de datos y, posteriormente, cumplimentaron un documento: Cuestionario de la Función Sexual de la Mujer (FSM) en el caso de las mujeres y el Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE) en el caso de los hombres.

Resultados: Se seleccionaron 172 casos: 26 mujeres y 146 hombres. En cuanto a la disfunción sexual en hombres, el 34.25% sufre abstinencia sexual, el 12.33% tiene DS grave, el 10.27% sufre una moderada, el 17.81% manifiesta una leve y el 25.34% no presenta disfunción. En cuanto a la DS de mujeres, el 53.85% presenta una DS moderada, el 19.23% severa, y el 26.92% no presenta trastorno. Sobre la incontinencia urinaria (IU) en hombres se observa que el 52.74% es IUE, el 23.97% es IUU y el 23.29% IUM. En cuanto a mujeres, el 15.38% tiene IUU, el 69.23% es IUE y el 15.38% IUM. Hay relación entre DS e IU en hombres ($p<0.001$), y no en mujeres ($p=0.384$). También existen relaciones entre DS y la hiperplasia de próstata ($p=0.039$), la resección transuretral ($p<0.001$) y la prostatectomía ($p<0.001$). En cambio, no existen relaciones entre DS y el prolapso ($p=0.927$) ni la histerectomía ($p=0.29$). Por lo que se refiere a las relaciones entre DS y antecedentes clínicos, todas ellas son significativas para los hombres (Diabetes: $p=0.003$; Hipertensión: $p=0.03$; Cardiopatías: $p<0.001$), pero no en las mujeres, donde sólo es significativa la relación con las cardiopatías ($p=0.01$).

Conclusiones: La disfunción sexual en hombres tiene una relación bastante significativa con todos los factores estudiados. En el caso de las mujeres pasa todo lo contrario: el único factor que parece estar relacionado con la disfunción sexual es la presencia de cardiopatías.

Tanto la DS como la IU son dos afecciones que pueden provocar vergüenza y no suelen ser explicados en la consulta médica. Al realizar una urodinamia, que es la prueba específica para estudiar la IU, el personal de enfermería debería de poder detectar casos de DS mediante cuestionarios que estuvieran protocolarizados en la unidad.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, Disfunción sexual, Hombres, Mujeres.

ABSTRACT

Aims: To describe the frequency of sexual dysfunction (sd) in persons suffering from urinary incontinence, either stress (SUI) or urgency (UUI) or mixed (MUI).

Methodology: This is a transversal observational study. People who visited the Urological Diagnosis Unity of Hospital Clinic of Barcelona with symptoms of urinary incontinence were included. We conducted an interview with the patients where the data were collected and, subsequently, they completed a document: Questionnaire on Women's Sexual Function (WSF) in case of women and International Index of Erectile Function (IIEF) in case of men.

Findings: 172 cases were selected: 26 women and 146 men. Regarding sexual dysfunction in men, 34.25% suffer sexual abstinence, 12.33% have severe SD, 10.27% suffer moderate, 17.81% manifest mild and 25.34% have no dysfunction. Regarding the SD of women, 53.85% presented a moderate SD, 19.23% severe, and 26.92% did not present a disorder. About urinary incontinence (UI) in men it is observed that 52.74% is SUI, 23.97% is UUI and 23.29% MUI. As for women, 15.38% have UUI, 69.23% are SUI and 15.38% MUI. There is a relationship between SD and UI in men ($p < 0.001$), and not in women ($p = 0.384$). There are also relationships between SD and prostate hyperplasia ($p = 0.039$), transurethral resection ($p < 0.001$) and prostatectomy ($p < 0.001$). In contrast, there are no relationships between SD and prolapse ($p = 0.927$) or hysterectomy ($p = 0.29$). As regards the relationship between SD and clinical records, all of them are significant for men (Diabetes: $p = 0.003$, Hypertension: $p = 0.03$, Heart disease: $p < 0.001$), but not in women, where only the relationship with heart diseases was significant ($p = 0.01$).

Conclusions: Sexual dysfunction in men has a fairly significant relationship with all the factors studied. In the case of women, the opposite happens: the only factor that seems to be related to sexual dysfunction is the presence of heart disease. Both the SD and the UI are two conditions that can cause embarrassment and are not usually explained in the examination room. When carrying out urodynamics, which is the specific test to study UI, the nursing staff should be able to detect cases of SD using questionnaires that were protocolized in the unit.

Key words: Urinary incontinence, Sexual dysfunction, Men, Women.

1. Introducción.

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y de bienestar social en relación con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad¹. Un estudio de 75 años de duración fue publicado por la Universidad de Harvard investigando las claves del envejecimiento, el éxito de la vida y, en general, la felicidad: la base para los 3 son las buenas relaciones. De hecho, tener una relación sana y estable a los 50 años de edad fue mejor predictivo de buena salud en los siguientes 30 años que tener unos buenos niveles de colesterol o una buena aptitud física². Coloquialmente, una buena vida sexual a menudo se interpreta como un aspecto vital de la intimidad y estudios han descubierto que una satisfacción sexual, una satisfacción de las relaciones interpersonales y una vida satisfactoria están íntimamente relacionadas^{3,4}. Las buenas relaciones no están aisladas de las relaciones matrimoniales o de pareja, así como las interacciones sociales y el apoyo de amigos y familiares, que también son importantes componentes como medio para relacionarse. Una de las causas médicas más comunes de aislamiento social y disminución de calidad de vida es la incontinencia urinaria⁵. Aunque esta patología no supone un riesgo vital para estas personas, sus consecuencias sociales y económicas pueden ser importantes. Sus síntomas pueden causar alteraciones significativas e interferir con las actividades de la vida diaria incluyendo la capacidad de funcionamiento físico, social y sexual, y perjudicando la propia imagen y la relación de pareja⁶. Los síntomas que están relacionados con la actividad sexual producen un impacto muy importante en la calidad de vida de las personas que los padecen, y son tales como la incontinencia en los juegos previos al acto sexual, la incontinencia durante el coito y la incontinencia inducida por el orgasmo, también llamada climacturia⁷. Desafortunadamente, la disfunción sexual (DS) y la incontinencia urinaria (IU) son afecciones médicas que a menudo no se explican. Se cree que esto es secundario a falta de conocimiento, vergüenza o sensación de que no hay solución a estos problemas. Es importante discutir estos temas con los pacientes y sus parejas para que entiendan que no están solos y que hay opciones de tratamiento^{8,9}. En cuanto a los profesionales sanitarios, existe una brecha significativa de conocimiento en esta área. La educación de los profesionales de la salud en la evaluación y el tratamiento de la disfunción sexual y las habilidades de comunicación son esenciales para alentar e involucrar a los pacientes con estos problemas, ya que aún se observan reticencias entre estos profesionales para hablar sobre el tema con los pacientes y, a menudo, los pacientes a los que no se les pide, no hablan voluntariamente sobre su salud sexual¹⁰.

1. La incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (IU) se define como cualquier fuga involuntaria de orina. La IU se categoriza en 3 tipos principales según el factor que la causó: incontinencia de esfuerzo (IUE) donde la fuga de orina se produce por un esfuerzo, al toser o al estornudar; incontinencia de urgencia (IUU) donde la pérdida de orina se acompaña o la precede una urgencia o apremio, e incontinencia mixta (IUM) donde el escape de orina está asociado al esfuerzo y a la urgencia¹¹. Cuando se considera una pérdida de orina durante el acto sexual, el punto en el tiempo en el que sucede define el tipo de incontinencia sexual (IS). Este término engloba la incontinencia en los juegos previos, en el coito y en el orgasmo⁸.

El cuadro de la IU es extraordinariamente frecuente y su prevalencia está estrechamente ligada con la edad. Según un estudio, en el grupo de menores de 50 años, es de aproximadamente un 25% en cuanto a mujeres con una relación de 6:1 para el sexo masculino. Para los 60 años, la prevalencia para las mujeres aumenta hasta el 33%, pero se observa un gran aumento en cuanto a los hombres con una relación de 3:1¹².

Las prevalencias actuales en España son más altas que las obtenidas en estudios anteriores, debido en parte a la adopción de definiciones más amplias. Según una revisión realizada por el Grupo Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI), se puede estimar una prevalencia global para la mujer de un 24%, aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y de un 50% en las mujeres ancianas. En cuanto a los hombres, la prevalencia global estimada es del 7%, pudiendo alcanzar el 14-29% en mayores de 65 años y llegando a ser superior al 50% en mayores de 85 años e institucionalizados¹³. En otro estudio donde se utilizaron datos de 8146 personas, se detectó una prevalencia de IU del 15% para las mujeres y del 11,6% para los hombres, donde se observó una fuerte relación con la edad, el peso y el IMC¹⁴.

Por lo que se refiere a Cataluña, el 7,9% de la población declara tener IU, el 12,2% de las mujeres y el 3,6% de los hombres, lo que supone que más de 500.000 personas tienen pérdidas involuntarias de orina de las cuales el 77,8% son mujeres. Se observa que la prevalencia aumenta con la edad y es 3 veces superior en las mujeres: entre las de 45 a 64 años, un 12% refiere síntomas de IU; se convierte en un 26,6% en mujeres de 65 a 74 años y un 41,8% en las de 75 años o más. Sólo un 2,8% de los hombres entre 45 y 64 años refiere IU, un 10,2% de entre 65 y 74 años y un 22,7% de 75 años o más¹⁵.

2. Disfunción sexual e IU en mujeres

La encuesta de examen sobre salud y nutrición nacional (NHANES) de EEUU demostró que la prevalencia de la IU de cualquier tipo en mujeres era del 53,4% en 2008¹⁶. Uno de los hallazgos más interesantes dentro de los datos de prevalencia fue la clara tendencia de la incontinencia orgásmica vs la incontinencia coital basada en la experiencia de las mujeres, según el tipo de IU que ha experimentado. Un estudio caso-control de 90 mujeres con IU examinadas mediante una urodinamia y una resonancia magnética pélvica descubrió que la incontinencia coital (o pérdida en la penetración) fue más prevalente en mujeres con IUE con un 89% en comparación con un 33% de mujeres con vejiga hiperactiva, más relacionada con la IUU, y que estaba asociada con factores como la paridad y el prolapso¹⁷. Existen diversos factores que pudieran incrementar el riesgo de desarrollar IU: la edad (a mayor edad, mayor riesgo), la menopausia y el hipoestrogenismo (no se ha llegado a demostrar que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo independiente de la edad), la raza (las mujeres blancas tienen prevalencia 3 veces mayor que las mujeres negras), el peso (un IMC alto se relaciona con una mayor prevalencia), la paridad (el parto es un factor de riesgo establecido y aún más sin ser mujeres multíparas, pero el embarazo en sí puede presentar cambios que sean causa de IU), factores uroginecológicos (prolapso de órganos pélvicos, debilidad de músculos de suelo pelviano, estreñimiento, cistitis y otras infecciones del tracto urinario son los más asociados a la IU)¹⁸.

Dogan et al¹⁹ inscribieron a 153 mujeres premenopáusicas sexualmente activas de 30 a 47 años en un estudio prospectivo para examinar los efectos de la IU en la función sexual mediante cuestionarios validados. Se descubrió una alta y significativa falta

de frecuencia, insatisfacción, abstinencia, evasión y anorgasmia en el grupo de IU frente al grupo control. En otro estudio caso-control de 356 mujeres, Felipe et al²⁰ descubrieron que las mujeres con IU tienen una mayor prevalencia de abstinencia sexual que las mujeres continentales. En un estudio de corte transversal de 289 mujeres con síntomas del tracto urinario inferior, 97 de ellas con IUE se sometieron a una evaluación clínica y urodinámica. Los resultados mostraron que el 65,35% de las mujeres tenían incontinencia coital y eran más propensas a admitir que el miedo a la pérdida de orina restringía su actividad sexual²¹.

La gran mayoría de las personas considera que la sexualidad es importante en sus vidas. Un tercio de las mujeres con pérdidas de orina refieren que sucede durante la actividad sexual. La mitad indica que su vida sexual está truncada por su IU y muestran preocupación por tener pérdidas de orina durante la relación sexual, y casi dos tercios presentan inquietud por el olor y se sienten poco atractivas. La insatisfacción de las mujeres sexualmente activas está fuertemente correlacionado con problemas de autoestima, incapacidad orgásmica y la preocupación por las pérdidas de orina durante el coito. Una lubricación vaginal insuficiente, problemas de autoestima y una mala salud de sus parejas se correlacionaron significativamente con el deseo sexual disminuido²².

3. Disfunción sexual e IU en hombres

Las mujeres no están solas en la disfunción sexual por IU. El estudio sobre la epidemiología de los síntomas del tracto urinario inferior (EpiLUTS), que incluyó 14.400 hombres y mujeres, mostró que la vejiga hiperactiva afecta negativamente a la satisfacción y la actividad sexuales en mujeres y hombres. Además, también demostró mayores tasas de disfunción eréctil y eyaculatoria en hombres con vejiga hiperactiva²³. De hecho, hay más similitudes que diferencias en los efectos de la IU en la función sexual de hombres y mujeres. La climacturia de los hombres puede causar abstinencia sexual asociado a un estado de ánimo deprimido, de ansiedad y peor calidad de vida²⁴.

En los hombres, la IU suele relacionarse con problemas o tratamientos de la próstata, como podría ser la prostatectomía radical. También hay otros factores de riesgo que podrían ayudar a la aparición de IU como son la obesidad, el estreñimiento, el alcohol y la diabetes. Durante los últimos 30 años, el diagnóstico, el tratamiento y la supervivencia del cáncer de próstata han aumentado. Dadas las mejoras en el control oncológico, se ha prestado más atención a la disminución de los efectos secundarios del tratamiento y la mejora de la calidad de vida. Sin embargo, a pesar de los años de investigación y los avances en técnicas quirúrgicas, las tasas de IU postoperatoria se han mantenidos estables²⁵. Las alteraciones quirúrgicas tras una prostatectomía radical dan como resultado pérdida parcial del esfínter intrínseco proximal, del esfínter uretral proximal y de los ligamentos suspensorios, por lo que la continencia urinaria posterior a una prostatectomía dependerá en gran medida del esfínter externo²⁶. Esta IU por lo general es de esfuerzo y, con el paso del tiempo posterior a la cirugía, se puede llegar a recuperar la función esfintérica²⁷.

Los pacientes a los que se les ha realizado una prostatectomía radical (PR) describen disfunciones sexuales como la aneyaculación, la disfunción eréctil, la enfermedad de Peyronie, la disminución del tamaño del pene y el orgasmo asociado a IU, también llamada climacturia. Hay diversos estudios que tratan este tema: O'Neil et al²⁸ publicaron un estudio que mostró una prevalencia del 28,3% de climacturia post PR en hombres sexualmente activos; posteriormente Frey et al²⁹ informaron sobre una

prevalencia del 27% en 256 hombres 17 meses después de RP; otro estudio importante fue el de Capogrosso et al³⁰ que reportaron climacturia en el 29,5% de los pacientes; por otro lado, Monroy et al³¹ demostró una prevalencia del 45,2% en climacturia; y, por último, una revisión reciente de Fode et al³² encontraron que los estudios de cuestionarios transversales han demostrado que la climacturia puede ocurrir entre un 20% a un 64% en hombres post PR.

La disfunción eréctil está definida como la incapacidad para lograr o mantener una erección penénea suficiente para llevar a cabo la penetración. Debido a la manipulación y excisión de fibras nerviosas que inervan los cuerpos cavernosos, la disfunción eréctil puede presentarse o empeorar tras la PR. De acuerdo a estudios, el porcentaje de disfunción eréctil post cirugía oscila entre 25% a 75%³³. Considerando que la próstata y las vesículas seminales son eliminadas, los conductos deferentes se desconectan y el sistema urinario se altera durante la PR, se espera fisiológicamente que los pacientes tengan alteraciones en su experiencia orgásmica. El coito y el orgasmo son aspectos importantes en la calidad de vida de hombres de todas las edades, incluidos los ancianos, y contribuyen a la satisfacción conyugal, la felicidad del paciente y la estabilidad de la relación^{34,35}.

Por otra parte, en cuanto a los instrumentos que evalúan la función sexual tanto masculina como femenina, existen diversos cuestionarios que se han desarrollado y validado^{36,37,38}. En el caso de los hombres, el Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE) es un cuestionario de índole internacional utilizado y validado en 88 idiomas³⁹. Por lo que se refiere a las mujeres, el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) facilita el diagnóstico de las disfunciones sexuales más prevalentes⁴⁰.

2. Objetivos

1. Objetivo general

Describir la frecuencia de la disfunción sexual en personas afectadas de incontinencia urinaria, sea de esfuerzo o de urgencia o mixta, que acuden a la Unidad de Diagnóstico Urológico del Hospital Clínic de Barcelona.

2. Objetivos específicos

1. Determinar la asociación existente entre la presencia de disfunción sexual y el tipo de incontinencia urinaria en las personas adultas.
2. Establecer la relación existente entre la presencia de disfunción sexual y la presencia de prolapso de órganos pélvicos y/o realización de histerectomía en mujeres.
3. Identificar la concomitancia existente entre la presencia de disfunción sexual y la presencia de hiperplasia de próstata, realización de resección transuretral y/o prostatectomía radical en hombres.
4. Determinar la asociación existente entre la presencia de disfunción sexual y la presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías y/o estreñimiento.

3. Metodología

1. Diseño

Se trata de un estudio observacional transversal.

2. Población y ámbito de estudio.

Todas las personas que acuden a la Unidad de Diagnóstico Urológico del Hospital Clínic de Barcelona con sintomatología de incontinencia urinaria.

□ Criterios de inclusión.

1. Pacientes mayores de edad.
2. Personas que acuden a la Unidad de Diagnóstico Urológico del Hospital Clínic de Barcelona a realizarse una urodinamia en el periodo de estudio.
3. Pacientes con sintomatología de incontinencia urinaria.
4. Personas que hablen y entiendan español.
5. Pacientes que den su consentimiento a participar en el estudio.

□ Criterios de exclusión.

1. Mujeres con síndrome de vejiga dolorosa (o Cistitis intersticial)
2. Pacientes con dolor pélvico crónico (dolor pélvico superior a 6 meses)
3. Pacientes con antecedentes psiquiátricos como síndrome depresivo, esquizofrenia, trastorno bipolar.
4. Pacientes con antecedentes neurológicos como parkinson, epilepsia, esclerosis múltiple, AVC, demencia.
5. Pacientes con lesión traumática a nivel espinal.

□ Criterios de eliminación.

- Pacientes que no contesten al cuestionario.
- Pacientes que contesten a más de una de las opciones de respuesta.
- Pacientes que contesten de forma incompleta el cuestionario.

3. Diseño muestral.

Se realizó un muestreo consecutivo de los pacientes que cumplen los criterios de selección y que acudieron al Servicio de Diagnóstico Urológico del Hospital Clínic de Barcelona con sintomatología de incontinencia urinaria entre los meses de Mayo del 2018 hasta Agosto del 2018. Se estimó que habría una media de 60 personas al mes.

4. Variables y métodos de medida

- Variables sociodemográficas: Edad (años cumplidos) recodificado en: Adulto (18-50) y Mayor (51-95); Sexo; Estado civil (Soltero/a, Casado/a – Con pareja, Viudo/a).
- Variables antropométricas: Talla (cm); Peso (kg) autorreferido; Índice de Masa Corporal (IMC) (cm^2), que se ha recodificado en: Delgadez (inferior a 18,5), Normal (entre 18,5 - 24,9), Sobrepeso (entre 25,0 – 29,9), Obesidad (30,0 o superior)⁴¹.
- Variables clínicas: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión arterial (HTA), Cardiopatías, Estreñimiento, Prolapso pélvico, Histerectomía, Hiperplasia benigna de próstata (HBP), Resección transuretral (RTU), Prostatectomía radical, N° partos, Tipo de IU, Disfunción sexual.
 - En el caso de presencia o no de DM, HTA, Cardiopatías, Estreñimiento, Prolapso pélvico, Histerectomía, HBP, RTU y Prostatectomía radical, son variables dicotómicas. Las primeras 4 se registraron para ambos sexos, las 2 siguientes sólo para mujeres y las 3 que continúan sólo para hombres.
 - En cuanto al n° de partos, es una variable cuantitativa que sólo respondieron mujeres.
 - Por lo que se refiere al tipo de IU, se registró para ambos sexos y se divide en 3 grupos denominados: Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), Incontinencia urinaria de urgencia (IUU) e Incontinencia urinaria mixta (IUM).
 - En el caso de presencia o no de disfunción sexual, se utilizaron 2 cuestionarios: uno para mujeres y otro para hombres.
 - El cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM)⁴⁰ permite determinar la frecuencia de una serie de situaciones que experimenta la mujer y, mediante esto, describir el grado de disfunción sexual existente a través de una escala tipo Likert con 5 categorías que van desde nunca a casi siempre – siempre. La escala consta de 13 factores pero sólo los 6 primeros contabilizan para determinar presencia y/o grado de disfunción sexual: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal y Ansiedad anticipatoria.
 - El Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE)³⁹ se desarrolló con la intención de crear un instrumento breve, psicométricamente válido y que no fuera molesto para los pacientes para la evaluación de disfunción eréctil. Consta de 15 ítems que evalúan la presencia de problemas en las distintas fases de la respuesta sexual humana (deseo, erección, eyaculación y orgasmo) y cómo éstos han afectado a la vida sexual del paciente (satisfacción en la relación sexual y satisfacción global). Para contestar cada ítem, el

paciente ha de contestar una escala tipo Likert, unas veces de frecuencia, otras de intensidad y otras de satisfacción, que oscila entre 0 y 5, donde 0 muestra que no tuvo o no intentó una relación sexual y 5 significa que casi siempre o siempre no tuvo los problemas que ese ítem explora. Esto sucede en los ítems 1 a 10; los ítems 11 a 15 empiezan en 1 (casi nunca o nunca).

5. Fuentes de información.

La recogida de datos se realizó mediante varias fuentes.

Los datos sociodemográficos se obtuvieron mediante una entrevista personalizada y se reflejó en una hoja de registro diseñada para el estudio (ANEXO 1). Para el IMC, se les preguntó a los pacientes el peso y la altura y fue la investigadora principal la que se encargó de calcular el IMC de cada persona.

Los datos clínicos como DM, HTA, Cardiopatías, Estreñimiento, Nº de partos, Histerectomía, RTU y Prostatectomía radical se conseguieron mediante la misma entrevista y la misma hoja de registro. En el caso de que la persona no recordase este tipo de información, los datos se extraerían de la historia del paciente registrada en el programa informático SAP, que es el que se utiliza en el entorno de trabajo del Hospital Clínic y que recoge datos administrativos y asistenciales de los pacientes. En el caso de presencia o no de prolapso pélvico en mujeres y HBP en hombres, se utilizaron los datos recogidos sobre la exploración física realizada el día de la urodinamia.

En cuanto al tipo de IU, la información fue recogida del resultado de la urodinamia realizada ese día. Los datos quedaron reflejados en la misma hoja de registro utilizada anteriormente.

Sobre la presencia o no de disfunción sexual, se utilizaron 2 cuestionarios validados como instrumento de medida. El cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) (ANEXO 2) es un cuestionario diseñado como un instrumento específico, fiable, válido y auto-administrado para evaluar la función sexual femenina. Contempla diversos dominios en los que se evalúa la actividad sexual femenina (ANEXO 3). El Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE) (ANEXO 4) es una medida breve, confiable y auto-administrada transculturalmente válida y psicométricamente correcta que aborda los dominios relevantes de la función sexual masculina.

6. Recogida de los datos.

A la llegada de los pacientes a la unidad para la realización de una urodinamia, se les explicó el estudio que se realizaba. Si aceptaba participar, se le facilitaba el consentimiento informado (para que quede firmado) y se iniciaba la recogida de datos mediante la entrevista a realizarle y finalizaba con la cumplimentación de sendos cuestionarios. Son cuestionarios fáciles de cumplimentar donde se han de marcar las situaciones en las que los pacientes se encuentran en ese momento. Acompañábamos a la persona al final de la cumplimentación por si tenía alguna duda.

Para la recogida de datos contamos con la colaboración de enfermeras expertas en la realización de urodinamias que trabajan en la Unidad de Diagnóstico Urológico del Hospital Clínic de Barcelona, además de la investigadora principal.

7. Análisis de datos.

Para la asociación entre variables, se ha realizado un análisis en función de la naturaleza de las variables y las condiciones de la aplicación de los tests estadísticos, se ha considerado significativo un valor $p < 0,05$ y se ha analizado con el programa estadístico SPSS 25. Se ha utilizado el Chi cuadrado para comparar proporciones, la media de desviación estándar para describir variables cuantitativas y las frecuencias absolutas y relativas para describir las variables cualitativas.

De acuerdo con los objetivos propuestos, se utilizaron los 2 cuestionarios comentados anteriormente.

En el **ANEXO 3** se expone cómo se calcula la puntuación de la Función Sexual de la Mujer, que se puede interpretar como trastorno severo, moderado o ausencia de trastorno.

En cuanto al Índice Internacional de Función Eréctil⁴², proporciona 5 puntuaciones parciales que hacen referencia a 5 aspectos del funcionamiento sexual:

- Función eréctil: ítems 1-5 y 15.
 - La puntuación oscila entre 1 y 30.
 - Los puntos de corte establecidos son 1 – 5 (abstinencia), 6 – 10 (disfunción eréctil grave), 11 – 16 (moderada), 17 – 25 (leve) y 26 – 30 (sin disfunción eréctil).
- Función orgásmica: ítems 9 y 10.
 - Rango de puntuación: 0 – 10.
 - No existen puntos de corte: a menor puntuación, mayor disfunción.
- Satisfacción en la relación sexual: ítems 6 – 8.
 - Rango de puntuación: 0 – 15.
 - No existen puntos de corte: a menor puntuación, mayor insatisfacción.
- Deseo sexual: ítems 11 y 12.
 - Rango de puntuación: 2 – 10.
 - No existen puntos de corte: a menor puntuación, mayor disfunción.
- Satisfacción global: ítems 13 y 14.
 - Rango de puntuación: 2 – 10.
 - No existen puntos de corte: a menor puntuación, mayor insatisfacción.

8. Consideraciones éticas

- Se elaboró un consentimiento informado en el que se expone en qué consiste el estudio que se está realizando y donde se informa de la confidencialidad de los datos personales. En el caso de que no se quisiera formar parte del estudio, se informaba que no repercutiría en la calidad de atención, por lo que no se ofrecería diferente trato, pruebas diagnósticas o tratamiento a los sujetos afectados. El consentimiento elaborado se muestra en el **ANEXO 5**.

- Se obtuvieron las autorizaciones de la coordinadora de la unidad (**ANEXO 6**) y de la CAP del Instituto (**ANEXO 7**).
- Para poder realizar el estudio, se presentó la solicitud de permiso ante el Comité Ético y de Investigación del Hospital Clínic de Barcelona, obteniendo su conformidad. Este documento de autorización se presenta en el **ANEXO 8**.
- Se obtuvo la autorización del autor del cuestionario de Función Sexual de la Mujer para su utilización en el presente estudio (**ANEXO 9**). En el caso del Índice Internacional de Función Eréctil, no se precisa de autorización por ser un cuestionario de índole internacional.
- La información que se recogió para el trabajo, junto con los datos del paciente, fue completamente confidencial, tal como está descrito en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- El estudio se realizó en cumplimiento de la Declaración de Helsinki (Fortaleza, Brasil, octubre 2013) y la ley 14/2007 de 3 de Julio de investigación biomédica.
- Los datos recogidos durante el estudio se incluyeron en el Fichero de investigaciones propiedad del centro. Los pacientes podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el investigador del estudio, de acuerdo con la Ley 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, dirigiéndose al investigador responsable del estudio. En caso de cesión de datos a terceros (promotor externo al centro) éstos se cederán de forma codificada, eliminando cualquier dato que pudiera identificar al paciente. Únicamente tendrán acceso al listado de códigos de identificación de pacientes el investigador principal y su equipo. El promotor/investigador se compromete a preservar la privacidad de los pacientes y la confidencialidad de los datos, de acuerdo a la Ley 15/1999 de protección de datos y al RD 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal a través de la codificación de éstos. Tendrán acceso Directo a los Datos/Documentos Fuente: el investigador o la institución permitirá el acceso directo (pero no la cesión) a los datos o documentos fuente para la realización de la monitorización, la auditoría, la revisión por el CEI, así como la inspección del estudio por las autoridades sanitarias.

9. Costes económicos

No se ha derivado ninguno.

4. Resultados

Durante el periodo de estudio se seleccionaron 172 participantes que cumplían con los criterios de selección. La muestra está formada por 26 mujeres (15.12%) y 146 hombres (84.88%).

En cuanto a la edad, la media en el total de los casos es de 63.55 años siendo la edad media de mujeres de 57.00 ± 14.61 y la de hombres de 62.74 ± 11.98 . En cuanto a estos datos, hay 20 hombres que pertenecen al grupo de Adulto [18-50] y 126 hombres del grupo de Mayores [51-95]. Por otra parte, hay 9 mujeres del grupo de Adultos y 17 del grupo de Mayores.

Describiendo a los hombres (n=146) en cuanto a su IMC, el 1.37% (n=2) muestran delgadez, el 23.29% (n=34) tienen un IMC normal, el 66.44% (n=97) presentan sobrepeso y el 8.90% (n=13) indican obesidad. Por lo que se refiere a las mujeres (n=26), el 46.15% (n=12) tienen un IMC normal, el 46.15% (n=12) tiene sobrepeso y el 7.69% (n=2) presenta obesidad: no se han observado casos de delgadez.

Por lo que respecta al estado civil, el 4.11% (n=6) están solteros, el 90.41% (n=132) tienen pareja y el 5.48% (n=8) son viudos. Y en las mujeres, el 96.15% (n=25) tienen pareja, y el 3.85% (n=1) están solteras: no se han encontrado mujeres viudas en la muestra.

En cuanto a la DM en hombres, el 58.90% (n=86) no lo sufren y el 41.40% (n=60) sí. Por otro lado, el 38.46% (n=10) de mujeres sufren DM y el 61.54% (n=16) no. Sobre la HTA, el 39.04% (n=57) de los hombres no presentan HTA y el 60.96% (n=89) sí, y el 46.15% (n=12) de mujeres tienen HTA y el 53.85% (n=14) no. En cuanto a las cardiopatías en los hombres, se han encontrado que el 21.92% (n=32) las sufren y el 78.08% restante no (n=114). Y en las cardiopatías en las mujeres, el 7.69% (n=2) tiene alguna cardiopatía, y el 92.31% (n=24) no. Ninguno de los sujetos ni hombres (n=146) ni mujeres (n=26) padece estreñimiento.

Por lo que respecta a la hiperplasia benigna de próstata (HBP) que se da únicamente en los hombres, el 60.27% (n=88) sufre HBP y el 39.73% restante no (n=58). Sobre la resección transuretral (RTU), el 35.62% (n=52) lo sufre, mientras que el 64.38% (n=94) no. Además, el 8.90% (n=13) ha pasado por una prostatectomía mientras que el 91.10% (n=133) no.

En lo que se refiere a los antecedentes personales de las mujeres, se observa que tienen una media de 1.88 partos (md=2; dt=1.143) siendo el 11.54% (n=3) de las mujeres nulíparas, el 26.92% (n=7) con 1 parto, el 30.77% (n=8) han tenido 2 partos, el 23.08% (n=6) han pasado por 3 partos y el 7.69% (n=2) con 4 partos. En cuanto a los prolapsos pélvicos, se ha encontrado que el 26.92% (n=7) lo padecen y el 73.08% (n=19) no. Además, el 19.23% (n=5) ha sufrido una histerectomía mientras que el 80.77% (n=21) no.

Sobre la incontinencia urinaria (IU), en los hombres se observa que el 52.74% (n=77) es de Esfuerzo, el 23.97% (n=35) de Urgencia y el 23.29% (n=34) Mixta. En cuanto a las mujeres, el 15.38% (n=4) tiene incontinencia de urgencia, el 69.23% (n=18) de esfuerzo y el 15.38% (n=4) mixta.

En cuanto a la disfunción sexual en los hombres, concretamente en la función eréctil, el 34.25% (n=50) sufre abstinencia sexual (NORS), el 12.33% (n=18) tiene una disfunción eréctil grave, el 10.27% (n=15) sufre una moderada, el 17.81% (n=26) manifiesta una leve y el 25.34% (n=37) no presenta disfunción eréctil.

Por último, en cuanto a la satisfacción en las relaciones sexuales, la función orgásmica, el deseo sexual y la satisfacción global, se puede consultar la Tabla 1. Se

puede apreciar que estos 4 aspectos del funcionamiento sexual están íntimamente relacionados con el grado de disfunción eréctil que se mantenga.

TABLA 1. DISFUNCION SEXUAL EN HOMBRES

	SATISFACCION RS		FUNCION ORGASMICA		DESEO SEXUAL		SATISFACCION GLOBAL	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
ABSTINENCIA	0,64	0,56	0,00	0,00	2,64	0,85	2,24	0,87
GRAVE	3,78	1,56	3,00	2,20	3,22	1,06	2,89	1,23
MODERADA	6,20	1,52	4,40	1,72	4,07	0,88	4,13	1,60
LEVE	8,88	2,01	6,92	1,52	5,08	1,23	6,62	1,58
NO DISFUNCION	12,95	1,13	10,00	0,00	6,70	1,93	9,41	0,93

En cuanto a la disfunción sexual de las mujeres, el 53.85% (n=14) presentan una disfunción de nivel moderado, el 19.23% (n=5) de nivel severo, y el 26.92% (n=7) no presentan trastorno. Al estudiar la disfunción sexual en mujeres en todos los ámbitos de la sexualidad, se ha observado una relación estadísticamente significativa entre la disfunción sexual y la confianza en la comunicación de preferencias sexuales en la pareja ($\chi^2=14.91$; gl=4; $p=0.004$). También se ha obtenido una relación significativa entre la disfunción sexual y la satisfacción sexual ($\chi^2=22.16$; gl=4; $p=0.0001$). Y en cuanto a la disfunción sexual y el interés sobre la actividad sexual, también se ha detectado una relación estadísticamente significativa ($\chi^2=31.43$; gl=4; $p=0.0001$). En este último caso se han hallado 3 individuos que han realizado actividad sexual sin penetración vaginal a causa de dolor y 2 personas a causa del miedo a la penetración (Tablas 2, 3 y 4).

TABLA 2. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION A LA CONFIANZA EN LA COMUNICACION SEXUAL EN MUJERES

	CONFIANZA EN LA COMUNICACION					
	AUSENCIA		MODERADA		BUENA	
	N	%	N	%	N	%
SEVERO	4	15,38	11	42,31	0	0,00
MODERADO	0	0,00	3	11,54	5	19,23
NO TRASTORNO	1	3,85	0	0,00	2	7,69

TABLA 3. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION A LA SATISFACCION SEXUAL EN MUJERES

	SATISFACCION SEXUAL					
	AUSENCIA		MODERADA		BUENA	
	N	%	N	%	N	%
SEVERO	4	15,38	1	3,85	0	0,00
MODERADO	0	0,00	7	26,92	0	0,00
NO TRASTORNO	1	3,85	6	23,08	7	26,92

TABLA 4. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION AL INTERES SOBRE LA ACTIVIDAD SEXUAL EN MUJERES

	INTERES SOBRE LA ACTIVIDAD SEXUAL							
	SIN PENETRACIÓN		BAJO		MEDIO		ALTO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SEVERO	3	11,54	2	7,69	0	0,00	0	0,00
MODERADO	2	7,69	12	46,15	0	0,00	0	0,00
NO TRASTORNO	0	0,00	0	0,00	7	26,92	0	0,00

En el análisis de la relación entre la disfunción sexual y la incontinencia urinaria en los hombres, la prueba reporta una relación estadísticamente significativa entre la disfunción sexual y la incontinencia urinaria ($\chi^2=31.66$; $gl= 8$; $p<0.001$). De esta manera, los hombres que tienen incontinencia de esfuerzo y de urgencia presentan más una función eréctil sin problemas y, en menor medida, una función eréctil moderada. Por el contrario, los que presentan una incontinencia mixta sufren más una abstinencia sexual y, en menor medida, función eréctil leve y grave (Tabla 5).

TABLA 5. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION A LA INCONTINENCIA URINARIA EN HOMBRES

	ESFUERZO		URGENCIA		MIXTA	
	n	%	n	%	n	%
ABSTINENCIA	19	13,01	7	4,79	24	16,44
GRAVE	11	7,53	4	2,74	3	2,05
MODERADA	7	4,79	4	2,74	4	2,74
LEVE	16	10,96	7	4,79	3	2,05
NO DISFUNCION	24	16,44	13	8,90	0	0,00

Por otra parte, esta prueba no reporta una relación estadísticamente significativa entre la incontinencia urinaria y la disfunción sexual ($\chi^2=4.17$; $gl= 4$; $p=0.384$) en las mujeres (Tabla 6).

TABLA 6. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION A LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES

	ESFUERZO		URGENCIA		MIXTA	
	N	%	N	%	N	%
SEVERO	4	15,38	1	3,85	0	0,00
MODERADO	8	30,77	2	7,69	4	15,38
NO TRASTORNO	6	23,08	1	3,85	0	0,00

El análisis de la relación entre la disfunción sexual y la presencia de hiperplasia benigna de próstata (HBP), de resección transuretral (RTU) y de prostatectomía radical en hombres reporta relaciones estadísticamente significativas: entre la disfunción sexual y la hiperplasia de próstata ($\chi^2=10.07$; $gl= 4$; $p=0.039$), también

con la resección transuretral ($\chi^2=33.8$; $gl= 4$; $p<0.001$), y por último con la prostatectomía radical ($\chi^2=52.03$; $gl= 4$; $p<0.001$) (Tablas 7, 8 y 9).

TABLA 7. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION A LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA EN HOMBRES

	HIPERPLASIA NO		HIPERPLASIA SI	
	N	%	N	%
ABSTINENCIA	43	29,45	7	4,79
GRAVE	14	9,59	4	2,74
MODERADA	14	9,59	1	0,68
LEVE	25	17,12	1	0,68
NO DISFUNCION	37	25,34	0	0,00

TABLA 8. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION A LA RESECCION TRANSURETRAL EN HOMBRES

	RESECCION NO		RESECCION SI	
	N	%	N	%
ABSTINENCIA	19	13,01	31	21,23
GRAVE	11	7,53	7	4,79
MODERADA	8	5,48	7	4,79
LEVE	21	14,38	5	3,42
NO DISFUNCION	35	23,97	2	1,37

TABLA 9. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION A LA PROSTATECTOMIA RADICAL EN HOMBRES

	PROSTATECTOMIA NO		PROSTATECTOMIA SI	
	N	%	N	%
ABSTINENCIA	4	2,74	46	31,51
GRAVE	6	4,11	12	8,22
MODERADA	5	3,42	10	6,85
LEVE	12	8,22	14	9,59
NO DISFUNCION	31	21,23	6	4,11

El análisis de la relación entre la disfunción sexual y la presencia de prolapso pélvico e histerectomía en mujeres no ha arrojado relaciones estadísticamente significativas entre la disfunción sexual y el prolapso pélvico ($\chi^2=0.15$; $gl=2$; $p=0.927$), ni tampoco con la histerectomía ($\chi^2=2.46$; $gl= 2$; $p=0.29$) (Tablas 10 y 11).

TABLA 10. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION AL PROLAPSO PELVICO EN MUJERES

	PROLAPSO NO		PROLAPSO SI	
	N	%	N	%
SEVERO	4	15,38	1	3,85
MODERADO	10	38,46	4	15,38
NO TRASTORNO	5	19,23	2	7,69

TABLA 11. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION A LA HISTERECTOMIA EN MUJERES

	HISTERECTOMIA NO		HISTERECTOMIA SI	
	N	%	N	%
SEVERO	4	15,38	1	3,85
MODERADO	10	38,46	4	15,38
NO TRASTORNO	7	26,92	0	0,00

Por lo que se refiere al análisis entre la disfunción sexual y la presencia de algún antecedente clínico en hombres, la prueba reporta relaciones estadísticamente significativas entre la función eréctil y la diabetes mellitus ($\chi^2=16.2$; gl= 4; $p=0.003$); también con la hipertensión arterial ($\chi^2=10.43$; gl= 4; $p=0.03$) y con cardiopatías ($\chi^2=30.89$; gl= 4; $p<0.001$), pero no para el estreñimiento dado que no se ha podido calcular debido a que no hay personas que muestren estreñimiento en esta muestra (Tablas 12, 13 y 14).

TABLA 12. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION A LA DIABETES EN HOMBRES

	DIABETES NO		DIABETES SI	
	N	%	N	%
ABSTINENCIA	22	15,07	28	19,18
GRAVE	11	7,53	7	4,79
MODERADA	10	6,85	5	3,42
LEVE	12	8,22	14	9,59
NO DISFUNCION	31	21,23	6	4,11

TABLA 13. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION A LA HIPERTENSION ARTERIAL EN HOMBRES

	HIPERTENSION NO		HIPERTENSION SI	
	N	%	N	%
ABSTINENCIA	12	8,22	38	26,03
GRAVE	8	5,48	10	6,85
MODERADA	7	4,79	8	5,48
LEVE	9	6,16	17	11,64
NO DISFUNCION	21	14,38	16	10,96

TABLA 14. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION A LA CARDIOPATIA EN HOMBRES

	CARDIOPATIA NO		CARDIOPATIA SI	
	N	%	N	%
ABSTINENCIA	27	18,49	23	15,75
GRAVE	13	8,90	5	3,42
MODERADA	13	8,90	2	1,37
LEVE	25	17,12	1	0,68
NO DISFUNCION	36	24,66	1	0,68

En lo que se refiere a las mujeres, la prueba reporta una relación estadísticamente significativa entre la disfunción sexual y la cardiopatía ($\chi^2=9.1$; gl= 2; $p=0.01$) pero no para el resto de las variables (Diabetes: $\chi^2=4.51$; gl= 2; $p=0.105$); Hipertensión: $\chi^2=3.93$; gl= 2; $p=0.14$). Para la variable estreñimiento no se ha podido calcular dado que no hay individuos que presenten estreñimiento (Tablas 15, 16 y 17).

TABLA 15. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION A LA DIABETES EN MUJERES

	DIABETES NO		DIABETES SI	
	N	%	N	%
SEVERO	4	15,38	1	3,85
MODERADO	6	23,08	8	30,77
NO TRASTORNO	6	23,08	1	3,85

TABLA 16. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION A LA HIPERTENSION ARTERIAL EN MUJERES

	HIPERTENSION NO		HIPERTENSION SI	
	N	%	N	%
SEVERO	2	7,69	3	11,54
MODERADO	6	23,08	8	30,77
NO TRASTORNO	6	23,08	1	3,85

TABLA 17. DESCRIPCION DE LA DISFUNCION SEXUAL CON RELACION A LA CARDIOPATIA EN MUJERES

	CARDIOPATIA NO		CARDIOPATIA SI	
	N	%	N	%
SEVERO	3	11,54	2	7,69
MODERADO	14	53,85	0	0,00
NO TRASTORNO	7	26,92	0	0,00

5. Discusión

La salud sexual no es únicamente la carencia de enfermedad o disfunción, sino que se trata de un compendio de bienestar en todos los ámbitos de las personas. La incontinencia urinaria se explica como toda pérdida involuntaria de orina. Tanto la disfunción de la primera como la presencia de la segunda se convierten en causas muy comunes de aislamiento social y disminución de la calidad de vida, alterando las actividades de la vida diaria y la propia imagen, junto con las relaciones de pareja^{3,4,6}. Tanto la disfunción sexual como la incontinencia urinaria son dos afecciones que pueden provocar vergüenza y, a causa del desconocimiento de las causas y de los posibles tratamientos, son temas que no suelen ser explicados en la consulta médica^{8,9}. Es el equipo de profesionales de la salud el que debe estar completamente preparado en cuanto a conocimientos y habilidades de comunicación con estas personas, aptitudes indispensables para hacer frente a esta problemática, que sigue siendo un tema tabú en la sociedad¹⁰.

En cuanto a la edad, la media de mujeres es de 57 años y la de hombres de unos 63 años. Por lo que se refiere a estos datos, hay 20 hombres que pertenecen al grupo de Adulto y 126 hombres del grupo de Mayores. Por otra parte, hay 9 mujeres del grupo de Adultos y 17 del grupo de Mayores. Con estos datos se puede confirmar que la incontinencia urinaria es un problema que afecta a gran parte de la comunidad adulta madura y anciana.

La frecuencia de disfunción sexual en este estudio es de 74.66% en hombres y de 73.08% en mujeres. Se podría decir que está en el límite superior de la prevalencia de DS en personas con incontinencia urinaria, según la literatura encontrada (entre 25-75% en hombres³³ y entre 53.4-65.4%^{16, 21} en mujeres), siendo superior la hallada en este estudio en el caso de las mujeres, quizás debido a la muestra escasa de mujeres con respecto de hombres, o quizás debido al tipo de muestra seleccionada ya que todos los individuos presentan sintomatología de incontinencia urinaria.

Por lo que se refiere a la presencia de IU, se halla en todos los casos puesto que era uno de los criterios de inclusión pero en ambos sexos prevalece la IUE: 52.74% de hombres y 69.23% de mujeres.

Es destacable la relación existente entre la disfunción sexual y la incontinencia urinaria en los hombres. De esta manera, los hombres que tienen incontinencia de esfuerzo y de urgencia presentan más una función eréctil sin problemas y, en menor medida, una función eréctil moderada. Por el contrario, los que presentan una incontinencia mixta sufren más una abstinencia sexual y, en menor medida, función eréctil leve y grave.

En cambio, en el caso de mujeres no se puede aportar información sobre la existencia de alguna relación de la presencia de IU con la de disfunción sexual. La causa de este resultado podría volver a ser la escasa muestra de mujeres. El-Azab et al¹⁷ mostró en su estudio que existe una mayor incontinencia coital cuando se trata de incontinencia urinaria de esfuerzo frente a la de urgencia.

Por otro lado, tampoco se observa relación significativa entre la presencia de prolapso pélvico e histerectomía y la presencia de disfunción sexual en mujeres, habiéndose revelado la existencia de prolapso en un 26.92% y de histerectomía en un

19.23%. Esto conlleva que los resultados obtenidos son completamente diferentes a los descubiertos en la bibliografía hallada, puesto que ellos sí que muestran relación significativa entre estos factores^{17, 18}.

De los resultados obtenidos, también cabe destacar que se advierten relaciones significativas entre la presencia de disfunción sexual y la presencia de antecedentes urológicos, como son la hiperplasia benigna de próstata, la resección transuretral y la prostatectomía radical, siendo esta última la relación de intensidad más fuerte. En este caso, la HBP se manifestó en un 60.27%, la RTU en un 35.62% y la prostatectomía en un 8.90%. Hay varios estudios como el de O'Neil et al²⁸ y el de Fode et al³² donde demuestran disfunción eréctil post prostatectomía radical, incluso 17 meses después de la intervención quirúrgica²⁹, pudiendo oscilar entre 25-75%³³.

Por lo que se refiere al análisis entre la disfunción sexual y la presencia de algún antecedente clínico en hombres, se han podido observar relaciones significativas entre la función eréctil y la diabetes mellitus; también con la hipertensión arterial y con cardiopatías, pero no para el estreñimiento dado que no se ha podido calcular debido a que no hay personas que muestren estreñimiento en esta muestra. Se han declarado casos que derivan en la presencia de DM en un 41.40%, de HTA en un 60.96% y de cardiopatías en un 21.92%. Tal como nos indica Hoyland et al²⁵, la disfunción sexual, la incontinencia urinaria y estos factores de riesgo pueden estar asociados íntimamente.

En lo que se refiere a las mujeres, se percibe una relación significativa entre la disfunción sexual y la cardiopatía, siendo de intensidad alta pero no para el resto de las variables: diabetes e hipertensión. En este caso, se muestra la presencia de DM en un 38.46%, de HTA en un 46.15% y de cardiopatías en un 7.69%.

Cabe destacar como limitaciones que, prácticamente en todas las pruebas realizadas en la muestra de mujeres, se obtienen resultados que no confirman relación alguna con los objetivos de este estudio, únicamente la presencia de cardiopatía. Como se ha venido señalando, el reducido número de muestra de mujeres podría explicar estos resultados.

Por otro lado, en el caso de los hombres se demuestra la relación existente entre la disfunción sexual y todos los factores asociados, corroborando por tanto la información obtenida de la literatura consultada.

También se considerarían como limitaciones del estudio el no consentimiento por parte de algunas personas para participar en él, lo que afectaría a la validez externa de los resultados. Para evitar esta limitación se fomentó un ambiente cómodo y distendido, la confidencialidad de los datos, la libertad de aceptación o no del estudio para obtener una alta participación. Además, como ya se ha mencionado anteriormente, se solicitarían las características sociodemográficas a las personas no participantes para evaluar su repercusión en los resultados, dato que no fue necesario ya que los participantes colaboraron en su totalidad. Se ha obtenido una muestra de mujeres bastante pequeña para poder realizar un estudio fiable del sexo femenino. En este caso, las mujeres con síntomas de incontinencia también acuden al servicio de ginecología para comentar su problema.

6. Conclusiones

En lo que se refiere a la disfunción sexual en personas con incontinencia urinaria, se ha observado en un alto porcentaje que los hombres sufren este tipo de disfunción, problema que también aparece en el plano de las mujeres.

La incontinencia urinaria mixta en los hombres provoca más abstinencia sexual y problemas graves de disfunción sexual en comparación con la incontinencia urinaria de esfuerzo y la de urgencia. En cambio, no se ha podido determinar que haya ninguna relación entre la disfunción sexual y el tipo de incontinencia en las mujeres.

Por otra parte, la presencia de prolapso de órganos pélvicos y/o la realización de una histerectomía en el caso de las mujeres no sugiere ningún tipo de correlación para con la presencia de disfunción sexual.

En el caso de los hombres, se ha observado que la presencia de algún antecedente urológico como puede ser la hiperplasia benigna de próstata, la resección transuretral y/o la prostatectomía radical intensifica la presencia de disfunción sexual.

Por último, se evidencia que el hecho de sufrir alguna patología como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y/o alguna cardiopatía incrementa el riesgo de padecer disfunción sexual en el caso de los hombres. En las mujeres únicamente se argumenta relación con las cardiopatías. No se ha podido demostrar la intervención del estreñimiento porque ningún individuo lo presentaba.

La Unidad de Diagnóstico Urológico tiene una elevada cifra de personas con problemas de incontinencia urinaria. La disfunción sexual como la IU son 2 afecciones que habitualmente no se explican. La IU puede llegar a incomodar más y por ello se acude al médico pero la DS es más difícil de detectar. En este caso, se observa que factores de riesgo que pueden provocar IU también podrían ser factores de riesgo que provocarían la DS. Se ha podido percibir que la DS en el caso de los hombres está bastante relacionada con los factores estudiados, cosa que no se ha podido demostrar en mujeres a causa del tamaño de la muestra. En este caso, la IU también se estudia y se trata en la Unidad de Suelo Pélvico de Ginecología, que es donde se encuentran más casos de mujeres. Al realizar la urodinamia, que es la prueba específica para estudiar la IU, y como implicación para la práctica enfermera y de investigación, el personal sanitario debería de poder detectar casos de DS mediante cuestionarios que estuvieran protocolarizados en la unidad.

7. Referencias

1. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002 (2006). World Health Organization, Geneva.
2. Vaillant GE. Aging well: surprising guideposts to a happier life from the landmark Harvard Study of Adult Development. Boston: Little, Brown and Company; 2003.
3. Stephenson KR, Meston CM. The conditional importance of sex: exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2015; 41:25-38.
4. Byers ES. Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *J Sex Res* 2005; 42:113-118.
5. Abrams P, Smith AP, Cotterill N. The impact of urinary incontinence on health-related quality of life (HRQoL) in a real-world population of women aged 45-60 years: results from a survey in France, Germany, the UK and the USA. *BJU Int* 2015; 115:143-152.
6. Nilsson M, Lalos A, Lalos O. The impact of female urinary incontinence and urgency on quality of life and partner relationship. *Neurourol Urodyn*. 2009; 28:976-981.
7. Hartman ME, Irvine J, Currie KL et al. Exploring gay couples' experience with sexual dysfunction after radical prostatectomy: a qualitative study. *J Sex Marital Ther* 2014; 40:233-253.
8. Mendez MH, Sexton SJ, Lentz AC. Contemporary review of male and female climacturia and urinary leakage during sexual activities. *Sex Med Rev* 2018; 6:16-28.
9. Chiang H, Susaeta R, Valdevenito R et al. Incontinencia urinaria. *Rev Med Clin Condes* 2013; 24(2):219-227.
10. Rantell A, Apostolidis A, Anding R et al. How does lower urinary tract dysfunction (LUTD) affect sexual function in men and women? ICI-RS 2015-Part 1. *Neurourol Urodyn* 2017 Apr; 36(4):949-952.
11. Abrams P, Andersson KE, Birder L et al. Fourth International Consultation of Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. *Neurourol Urodyn* 2010; 29:213-240.
12. Goode PS, Burgio KL, Redden DT et al. Population based study on incidence predictors of urinary incontinence in black and white older adults. *J Urol* 2008; 179:1449-1454.
13. Salinas J, Díaz A, Brenes F et al. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *UROD A* 2010; 23(1):52-66.
14. Leirós R, Romo V, García JL. Prevalence of urinary incontinence and its relation with sedentarism in Spain. *Actas Urológicas Españolas (English Edition)* 2017; 41(10):624-630.
15. Espuña M, Brugulat P, Costa D et al. Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña. *Medicina Clínica* 2009 Nov; 133(18):702-705.
16. Markland AD, Richter HE, Fwu CW et al. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. *J Urol* 2011; 186:589-593.
17. El-Azab AS, Yousef HA, Seifeldein GS. Coital incontinence: relation to detrusor overactivity and stress incontinence. *Neurourol Urodyn* 2011; 30:520-524.

18. Robles JE. La incontinencia urinaria. *Anales Sis San Navarra*. 2006 Ago; 29(2):219-231.
19. Dogan K, Vural M, Akyuz F. Evaluation of effects of urinary incontinence subtypes on women's sexual function using the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction. *J Obstet Gynaecol Res* 2017; 43:551-556.
20. Felipe MR, Zambon JP, Girotti ME et al. What is the real impact of urinary incontinence on female sexual dysfunction? A case control study. *Sex Med* 2017; 5:e54-e60.
21. Grzybowska ME, Wydra DG. Coital incontinence: a factor for deteriorated health-related quality of life and sexual function in women with urodynamic stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2017; 28:697-704.
22. Nilsson M, Lalos O, Lindkvist H et al. How do urinary incontinence and urgency affect women's sexual life? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2011; 90:621-628.
23. Coyne KS, Sexton CC, Thompson C et al. The impact of OAB on sexual health in men and women: results from EpiLUTS. *J Sex Med* 2011; 8:1603-1615.
24. Nilsson AE, Carlsson S, Johansson E et al. Orgasm-associated urinary incontinence and sexual life after radical prostatectomy. *J Sex Med* 2011; 8:2632-2639.
25. Hoyland K, Vasdev N, Abrof A et al. Post-radical prostatectomy incontinence: etiology and prevention. *Rev Urol* 2014; 16:181-188.
26. Trofimenko V, Myers JB, Brant WO. Post-prostatectomy incontinence: how common and bothersome is it really? *Sex Med Rev* 2017; 5:536-543.
27. Monroy A, Ríos D, Jiménez LA et al. Calidad de vida sexual posterior a prostatectomía radical. *Rev Mex Urol* 2014; 74(3):169-175.
28. O'Neill BB, Presson A, Gannon J et al. Climacturia after definitive treatment of prostate cancer. *J Urol* 2014; 191:159-163.
29. Frey A, Sónksen J, Jakobsen H et al. Prevalence and predicting factors for commonly neglected sexual side effects to radical prostatectomies: results from a cross-sectional questionnaire-based study. *J Sex Med* 2014; 11:2318-2326.
30. Capogrosso P, Ventimiglia E, Serino A et al. Orgasmic dysfunction after robot-assisted versus open radical prostatectomy. *Eur Urol* 2016; 70:223-226.
31. Monroy A, Jiménez LA, Vargas HR et al. Climacturia posterior a la prostatectomía radical. *Rev Mex Urol* 2015; 75(6):332-336.
32. Fode M, Serefoglu EC, Albersen M et al. Sexuality following radical prostatectomy: is restoration of erectile function enough? *Sex Med Rev* 2017; 5:110-119.
33. Mullins JK, Han M, Pierorazio PM et al. Radical prostatectomy outcome in men 65 years old or older with low risk prostate cancer. *J Urol* 2012; 187(5):1620-1625.
34. Clavell-Hernández J, Martin C, Wang R. Orgasmic dysfunction following radical prostatectomy: review of current literature. *Sex Med Rev* 2018; 6:124-134.
35. Du K, Zhang C, Presson AP et al. Orgasmic function after radical prostatectomy. *J Urol* 2017; 198:407-413.

36. Delgado JA, Blázquez J, Silmi A et al. Factores determinantes de la satisfacción del paciente con el tratamiento para la disfunción eréctil. *Actas Urol Esp* 2008; 32(10):995-1003.
37. España M, Puig M, Aguilón MT et al. Cuestionario para evaluación de la función sexual en mujeres con prolapso genital y/o incontinencia. Validación de la versión española del “Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12)”. *Actas Urol Esp* 2008; 32(2):211-219.
38. Blümel JE, Binfa L, Cataldo P et al. Índice de Función Sexual Femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(2):118-125.
39. Rosen R, Riley A, Wagner G et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49(6):822-830.
40. Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ et al. Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Aten Primaria* 2004; 34(6):286-294.
41. OMS – Organización Mundial de Salud. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998.
42. Bobes J, García-Portilla MP, Bascarán MT et al. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2ª edición. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2002.

8. Anexos

Anexo 1. Hoja recogida de datos.

Anexo 2. Cuestionario de Función Sexual de la Mujer: FSM.

Anexo 3. Dominios e interpretación de resultados de FSM.

Anexo 4. Índice Internacional de Función Eréctil.

Anexo 5. Hoja consentimiento informado.

Anexo 6. Autorización de la Coordinadora de la Unidad de Diagnóstico Urológico.

Anexo 7. Autorización de la Supervisora del Instituto Médico.

Anexo 8. Autorización del Comité ético de Investigación clínica.

Anexo 9. Autorización del autor del Cuestionario de FSM.

ANEXO 1: Recogida de datos

NRº..... Iniciales..... Fecha entrevista.....

Edad..... Peso.....(kg) Altura.....(cm) IMC.....

Sexo: (1) Mujer (2) Hombre

Estado civil:

Soltero/a (1) Casado/a – Con pareja (2) Viudo/a (3)

Antecedentes clínicos:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DM: (0) No (1) Sí | <input type="checkbox"/> Cardiopatías: (0) No (1) Sí |
| <input type="checkbox"/> HTA: (0) No (1) Sí | <input type="checkbox"/> Estreñimiento: (0) No (1) Sí |

Para mujeres:

Para hombres:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nº Partos | <input type="checkbox"/> HBP: (0) No (1) Sí |
| <input type="checkbox"/> Prolapso pélvico: (0) No (1) Sí | <input type="checkbox"/> RTU: (0) No (1) Sí |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía: (0) No (1) Sí | <input type="checkbox"/> Prostactectomía: (0) No (1) Sí |

Tipos de IU:

IUE (1) IUU (2) IUM (3)

ANEXO 2: Cuestionario de Función Sexual de la Mujer: FSM ©

Pregunta llave: ¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?

Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación.....

Sí (1) **No (0)** Si la respuesta es “Sí”, cumplimente el cuestionario marcando en cada pregunta sólo una casilla.

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS.

1. ¿HA TENIDO FANTASÍAS (PENSAMIENTOS, IMÁGENES....) RELACIONADAS CON ACTIVIDADES SEXUALES?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre -Siempre (5)

2. ¿HA TENIDO PENSAMIENTOS O DESEOS DE REALIZAR ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD SEXUAL?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre -Siempre (5)

3. ¿LE HA RESULTADO FÁCIL EXCITARSE SEXUALMENTE?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre -Siempre (5)

4. DURANTE LA ACTIVIDAD SEXUAL, CUANDO LE HAN (O SE HA) TOCADO O ACARICIADO ¿HA SENTIDO EXCITACIÓN SEXUAL?, POR EJEMPLO SENSACIÓN DE “PONERSE EN MARCHA”, DESEO DE “AVANZAR MÁS” EN LA ACTIVIDAD SEXUAL.

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre –Siempre (5)

5. CUANDO SE SINTIÓ EXCITADA SEXUALMENTE ¿NOTÓ HUMEDAD Y/O LUBRICACIÓN VAGINAL?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre –Siempre (5)

6. DURANTE SU ACTIVIDAD SEXUAL, CUANDO LE HAN (O SE HA) TOCADO O ACARICIADO EN VAGINA Y/O ZONA GENITAL ¿HA SENTIDO DOLOR?

- Casi siempre-siempre (1)
- A menudo (2)
- A veces (3)
- Raramente (4)
- Nunca (5)

7a. DURANTE SU ACTIVIDAD SEXUAL, LA PENETRACIÓN VAGINAL (DEL PENE, DEDO, OBJETO...) ¿PODÍA REALIZARSE CON FACILIDAD?

Instrucciones: No conteste a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre –Siempre (5)

7b: INDIQUE POR QUÉ MOTIVO NO HA HABIDO PENETRACIÓN VAGINAL

Instrucciones: Conteste a esta pregunta solo si no lo hizo a la anterior (pregunta 7a)

- Por sentir dolor (a)
- Por miedo a la penetración (b)
- Por falta de interés para la penetración vaginal (c)
- No tener pareja sexual (d)
- Incapacidad para la penetración por parte de su pareja (e)

8. ANTE LA IDEA O POSIBILIDAD DE TENER ACTIVIDAD SEXUAL ¿HA SENTIDO MIEDO, INQUIETUD, ANSIEDAD.....?

- Casi siempre-siempre (1)
- A menudo (2)
- A veces (3)
- Raramente (4)
- Nunca (5)

9. ¿HA ALCANZADO EL ORGASMO CUANDO HA MANTENIDO ACTIVIDAD SEXUAL, CON O SIN PENETRACIÓN?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre –Siempre (5)

10. ¿CUANTAS VECES HA SIDO USTED QUIEN HA DADO LOS PASOS INICIALES PARA PROVOCAR UN ENCUENTRO SEXUAL CON OTRA PERSONA?

Instrucciones: El término “con otra persona” se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre -Siempre (5)

11. ¿SE HA SENTIDO CONFIADA PARA COMUNICAR A SU PAREJA LO QUE LE GUSTA O DESAGRADA EN SUS ENCUENTROS SEXUALES?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre –Siempre (5)
- No tengo pareja (0)

12. ¿CUANTAS VECES HA TENIDO ACTIVIDAD SEXUAL EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?

- 1-2 veces (1)
- De 3 a 4 veces (2)
- De 5 a 8 veces (3)
- De 9 a 12 veces (4)
- Más de 12 veces (5)

13. ¿DISFRUTÓ CUANDO REALIZÓ ACTIVIDAD SEXUAL?

- Nunca (1)
- Raramente (2)
- A veces (3)
- A menudo (4)
- Casi siempre -Siempre (5)

14. EN GENERAL, EN RELACIÓN A SU VIDA SEXUAL, ¿SE HA SENTIDO SATISFECHA?

- Muy insatisfecha (1)
- Bastante insatisfecha (2)
- Ni satisfecha ni insatisfecha (3)
- Bastante satisfecha (4)
- Muy satisfecha (5)

Fuente: *Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Aten Primaria 2004; 34(6): 286-92.*

ANEXO 3: Dominios e interpretación de resultados

	Dominios evaluadores de actividad sexual (DEAS)	Ítems	Puntuación Total	Interpretación
<i>Evalúan la Respuesta Sexual y la presencia de Disfunción Sexual</i>	1-Deseo	1, 2, 4	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	2-Excitación	3, 4, 5	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	3-Lubricación	5	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	4-Orgasmo	9	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	5-Problemas con la penetración vaginal	6, 7a, 8	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
6-Ansiedad anticipatoria	8	1	Trastorno severo	
		2	Trastorno moderado	
		3-5	Sin trastorno	
<i>Evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual</i>	7-Iniciativa sexual	10	1	Ausencia de iniciativa sexual
			2	Moderada iniciativa sexual
			3-5	Buena iniciativa sexual
	8-Confianza para comunicar preferencias sexuales a la pareja ^a	11	1	Ausencia de confianza para comunicar
			2	Moderada confianza para comunicar
			3-5	Buena confianza para comunicar
<i>Evalúan satisfacción sexual</i>	9-Capacidad de disfrutar con la actividad sexual	9, 13	1-2	Incapaz de disfrutar
			3-5	Moderada capacidad de disfrutar
			6-10	Buena capacidad de disfrutar
	10-Satisfacción con su vida sexual en general	14	1	Insatisfacción sexual general
			2	Moderada satisfacción sexual general
			3-5	Buena satisfacción sexual general

	Dominios descriptivos	Ítems	información complementaria
Describen aspectos de interés sobre la actividad sexual	11-Actividad sexual sin penetración vaginal ^b	7b	a) Dolor b) Miedo a la penetración c) Falta de interés para la penetración vaginal d) No tener pareja sexual e) Incapacidad por parte de su pareja
	12-Frecuencia de actividad sexual	12	a) 1-2 veces b) De 3 a 4 veces c) De 5 a 8 veces d) De 9 a 12 veces e) Más de 12 veces
	13-Existencia o no de pareja Sexual	11	a) Si b) No

Cada ítem del cuestionario FSM puntúa entre 1 y 5.

Para diagnosticar disfunción sexual solo contabilizan los 6 primeros DEAS: Deseo, Excitación, Lubricación, Orgasmo, Problemas con la penetración vaginal, Ansiedad anticipatoria.

Si coincide trastorno severo en los dominios: Deseo y Ansiedad Anticipatorio, descartar Aversión Sexual.

^a Dominio “Grado de comunicación sexual”: No evaluable si la opción elegida por la mujer fuese NO TENGO PAREJA.

^b Dominio “Actividad sexual sin penetración vaginal”: Evaluable solo si no hay respuesta a la pregunta 7^a y sí a 7b.

Consideraciones diagnósticas a la información complementaria del ítem 7b:

- Si la respuesta es a) Dolor o b) Miedo a la penetración: Considerar posible “trastorno sexual por dolor” (DSM-IV-TR y CIE 10): Vaginismo o dispareunia severos.
- Si la respuesta es d) Incapacidad por parte de su pareja: Estudiar posible disfunción eréctil u otro trastorno de la pareja.

Fuente: Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Aten Primaria 2004; 34 (6): 286-92.

ANEXO 4: Índice Internacional de Función Eréctil

INDICE INTERNACIONAL DE FUNCION ERECTIL - IIEF -

Iniciales del paciente _____ Nº identificación _____ Fecha _____

¿Es usted sexualmente activo (definitivo como actividad sexual con pareja o estimulación manual)?

SI

NO

En caso afirmativo, por favor cumplimente el cuestionario relativo a su actividad sexual. (en cada pregunta, marque sólo una casilla).

	SIN ACTIVIDAD SEXUAL	CASI NUNCA ó NUNCA	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	LA MITAD DE LAS VECES	MAS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE ó SIEMPRE
1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia logró una erección durante la actividad sexual ^A ?	0	1	2	3	4	5
2. Durante las últimas 4 semanas, cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual ^B , ¿con qué frecuencia fue suficiente la rigidez para la penetración?	0	1	2	3	4	5
3. Durante las últimas 4 semanas, al intentar una relación sexual ^A , ¿con qué frecuencia logró penetrar a su pareja?	0	1	2	3	4	5
4. Durante las últimas 4 semanas, durante la relación sexual ^A , ¿con qué frecuencia logró mantener la erección después de la penetración?	0	1	2	3	4	5

	SIN ACTIVIDAD SEXUAL	EXTREMADAMENTE DIFICIL	MUY DIFICIL	DIFICIL	ALGO DIFICIL	SIN DIFICULTAD
5. Durante las últimas 4 semanas, durante la relación sexual ^A , ¿Cuál fue el grado de dificultad para mantener la erección hasta completar la relación sexual?	0	1	2	3	4	5

	NINGUNA	1-2 VECES	3-4 VECES	5-6 VECES	7-10 VECES	11 ó MAS
6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces intentó una relación sexual ^A ?	0	1	2	3	4	5

	SIN ACTIVIDAD SEXUAL	CASI NUNCA ó NUNCA	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	LA MITAD DE LAS VECES	MAS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE ó SIEMPRE
7. Durante las últimas 4 semanas, cuando intentó una relación sexual ^A , ¿con qué frecuencia resultó satisfactoria para usted?	0	1	2	3	4	5

A = Acto sexual;
Se define como la penetración de la pareja

B = Actividad sexual;

Incluye el acto sexual, caricias juegos anteriores al acto y la masturbación

C = Eyacular;

Se define como la expulsión de semen del pene (o la sensación de hacerlo)

D = Estimulación sexual;

Incluye situaciones como juegos amorosos con una pareja o mirar fotos eróticas, etc

INDICE INTERNACIONAL DE FUNCION ERECTIL - IIEF - (cont.)

	NO REALICE EL ACTO	NO DISFRUTE NADA	NO DISFRUTE MUCHO	DISFRUTE ALGO	DISFRUTE BASTANTE	DISFRUTE MUCHO
8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha disfrutado de la relación sexual ^A ?	0	1	2	3	4	5
	SIN ACTIVIDAD SEXUAL	CASI NUNCA ó NUNCA	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	LA MITAD DE LAS VECES	MAS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE ó SIEMPRE
9. Durante las últimas 4 semanas, durante la estimulación o la relación sexual ^A , ¿con qué frecuencia eyaculó ^C ?	0	1	2	3	4	5
10. Durante las últimas 4 semanas, durante la estimulación ^C o la relación sexual ^A , ¿con qué frecuencia tuvo una sensación de orgasmo ^C (con o sin eyaculación)?	0	1	2	3	4	5

Las siguientes dos preguntas se refieren al deseo sexual, definido como una sensación que puede ser un deseo de tener una experiencia sexual (por ejemplo, masturbación o relación sexual), un pensamiento sobre una relación sexual o un sentimiento de frustración por no tener una relación sexual.

	CASI NUNCA ó NUNCA	EN ALGUNOS MOMENTOS	BUENA PARTE DEL TIEMPO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CASI SIEMPRE ó SIEMPRE
11. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido un deseo sexual?	1	2	3	4	5
	MUY BAJO ó NULO	BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO
12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel de deseo sexual?	1	2	3	4	5
	MUY INSATISFECHO	BASTANTE INSATISFECHO	NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	BASTANTE SATISFECHO	MUY SATISFECHO
13. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuál ha sido el grado de satisfacción con su vida sexual en general?	1	2	3	4	5
14. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuál ha sido el grado de satisfacción con la relación sexual con su pareja?	1	2	3	4	5
	MUY BAJO ó NULO	BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO
15. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría la confianza que tiene en poder lograr y mantener una erección?	1	2	3	4	5

A = Acto sexual;

Se define como la penetración de la pareja.

B = Actividad sexual;

Incluye el acto sexual, caricias juegos anteriores al acto y la masturbación.

C = Eyacular;

Se define como la expulsión de semen del pene (o la sensación de hacerlo)

D = Estimulación sexual;

Incluye situaciones como juegos amorosos con una pareja o mirar fotos eróticas, etc.

ANEXO 5: Consentimiento informado

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: La salud sexual en personas con incontinencia urinaria

PROMOTOR: Mónica Checa Talavera

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Mónica Checa Talavera (Para localizarme, llamen al nº de teléfono 686877066)

CENTRO: Hospital Clínic de Barcelona

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética de la Investigación, de acuerdo a la legislación vigente, Ley de Investigación Biomédica 14/2007.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede retirarse del estudio en cualquier momento sin estar obligado a dar ninguna explicación. Por otra parte, la no participación no supone trato, pruebas diagnósticas o tratamientos diferentes al resto de personas.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Una de las causas médicas más comunes de aislamiento social y disminución de calidad de vida es la incontinencia urinaria. Aunque esta patología no supone un riesgo vital para las personas, sus consecuencias sociales y económicas pueden ser importantes. Sus síntomas pueden causar alteraciones significativas e interferir con las actividades de la vida diaria incluyendo la capacidad de funcionamiento físico, social y sexual, y perjudicando la propia imagen y la relación de pareja.

Con este estudio se pretende determinar el grado de calidad de vida de las personas afectadas de incontinencia urinaria y establecer relación con la presencia de disfunción sexual. Por ello, todas las personas que acudan a la Unidad de Diagnóstico Urológico a hacerse una

urodinamia y que tengan síntomas de incontinencia urinaria durante el periodo de estudio serán invitadas a participar.

A su llegada a la consulta de Urodinamia, se le realizará una pequeña entrevista como recogida de datos y se le facilitará un cuestionario sobre salud sexual. La duración aproximada de la entrevista será de unos 3 minutos y de la cumplimentación del cuestionario podría llegar a los 10 minutos.

No existirán más visitas o pruebas complementarias relacionadas con el estudio, únicamente se trata de cumplimentar el cuestionario.

Se estima que en el estudio se incluirán unas 120 personas.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Con este estudio se pretende observar y establecer la relación existente entre incontinencia urinaria y disfunción sexual, y los cuestionarios son una herramienta para saltar la barrera de la comunicación entre médico/enfermera y paciente en estos temas tabús. Tras el diagnóstico por parte de médico y con la ayuda de los cuestionarios, se podría iniciar tratamiento o terapia para mejorar síntomas y calidad de vida. También hay que añadir que es posible que no obtenga ningún beneficio por participar en este estudio.

La participación en el estudio no supone ningún peligro o riesgo para la salud, ni física ni psíquica.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

En este caso, no existen tratamientos alternativos a la enfermedad o problema. La participación en este estudio no modificará su tratamiento actual ya que lo único que se realiza es un cuestionario para recoger datos.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y en su normativa de desarrollo.

Los datos se recogerán en un fichero de investigación de centro y se tratarán única y exclusivamente en el marco de su participación en este estudio.

De acuerdo a lo que establece la legislación de protección de datos, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo su médico del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia

clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto ni tampoco ningún reembolso.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de todos los datos recogidos para la realización de este estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO:

La salud sexual en personas con incontinencia urinaria. (Versión 2, 3/05/2018)

Yo,

- He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con: MÓNICA CHECA TALAVERA
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- De conformidad con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, declaro haber sido informado de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del paciente


Firma del investigador

Mónica Checa Talavera

Barcelona, a de de


ANEXO 6: Autorización de la Coordinadora de la Unidad de Diagnóstico Urológico

Se autoriza a MÓNICA CHECA TALAVERA con DNI 46456440M a realizar la recogida de datos pertinente para elaborar el estudio científico que compone el Trabajo Final de Máster en el Máster Universitario de Ciencias de la Enfermería, cursado en la Universidad de Jaume I en Castellón, y tutorizado por la Dra. María Isabel Orts Cortés.



María Isabel Orts Cortés

Tutora de TFM




Elena Vélez

Coordinadora del Servicio de Diagnóstico Urológico del ICNU

ANEXO 7: Autorización de la CAP del Instituto Médico

Se autoriza a MÓNICA CHECA TALAVERA con DNI 46456440M a realizar la recogida de datos pertinente para elaborar el estudio científico que compone el Trabajo Final de Máster en el Máster Universitario de Ciencias de la Enfermería, cursado en la Universidad de Jaume I en Castellón, y tutorizado por la Dra. María Isabel Orts Cortés.



María Isabel Orts Cortés

Tutora de TFM



Ana Alicarte

CAP de Enfermería del ICNU

ANEXO 8: Autorización del Comité de Ética de Investigación Clínica



DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

NEUS RIBA GARCIA, Secretario del **Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínic de Barcelona**

Certifica:

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor, para que se realice el estudio:

CÓDIGO:

TÍTULO: La salud sexual en personas con incontinencia urinaria

PROMOTOR:

INVESTIGADOR PRINCIPAL: MONICA CHECA TALAVERA

y considera que, teniendo en cuenta la respuesta a las aclaraciones solicitadas (si las hubiera), y que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Que se han evaluado la compensaciones económicas previstas (cuando las haya) y su posible interferencia con el respeto a los postulados éticos y se consideran adecuadas.
- Que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este centro.
- Que dicho estudio cumple con las obligaciones establecidas por la normativa de investigación y confidencialidad que le son aplicables.
- Que dicho estudio se incluye en una de las líneas de investigación biomédica acreditadas en este centro, cumpliendo los requisitos necesarios, y que es viable en todos sus términos.

Este CEIC acepta que dicho estudio sea realizado, debiendo ser comunicado a dicho Comité Ético todo cambio en el protocolo o acontecimiento adverso grave.

y hace constar que:

1º En la reunión celebrada el día 12/04/2018, acta 7/2018 se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.

2º El CEIC del Hospital Clínic i Provincial, tanto en su composición como en sus PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95)

3º Listado de miembros:

Mod_04 (V3 de 29/06/2016)

Reg. HCB/2018/0406

PR

Página 1/3

Presidente:

- BEGOÑA GÓMEZ PÉREZ (Farmacéutica Hospitalaria, HCB)

Vicepresidente:

- JOAQUIM FORÉS I VIÑETA (Médico Traumatólogo, HCB)

Secretario:

- NEUS RIBA GARCIA (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)

Vocales:

- ITZIAR DE LECUONA (Jurista, Observatorio de Bioética y Derecho, UB)
- MONTSERRAT GONZALEZ CREUS (Trabajadora Social, Servicio de Atención al Usuario, HCB)
- JOSE RIOS GUILLERMO (Estadístico. Plataforma de Estadística Médica. IDIBAPS)
- OCTAVI SANCHEZ LOPEZ (Representante de los pacientes)
- MARIA JESÚS BERTRAN LUENGO (Médico Epidemiólogo, HCB)
- JOAQUÍN SÁEZ PEÑATARO (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)
- SERGIO AMARO DELGADO (Médico Neurólogo, HCB)
- JULIO DELGADO GONZÁLEZ (Médico Hematólogo, HCB)
- EDUARD GUASCH I CASANY (Médico Cardiólogo, HCB)
- VIRGINIA HERNANDEZ GEA (Médico Hepatólogo, HCB)
- NURIA SOLER BLANCO (Farmacéutica Hospitalaria, HCB)
- MARINA ROVIRA ILLAMOLA (Farmacéutico Atención Primaria, CAP Eixample)
- JOSE LUIS BLANCO ARÉVALO (Médico Medicina Interna, HCB)
- MIRIAM MÉNDEZ GARCÍA (Abogada, HCB)
- MERCÈ VIDAL FLOR (Enfermera, HCB)

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, este se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor,

**RIBA
GARCIA
NEUS -
46540984R**

Signat digitalment per RIBA
GARCIA NEUS - 46540984R
DN: c=ES,
serialNumber=IDCES-46540
984R, givenName=NEUS,
sn=RIBA GARCIA, cn=RIBA
GARCIA NEUS - 46540984R
Data: 2018.05.17 09:46:29
+02'00'

Barcelona, a 17 de mayo de 2018

Mod_04 (V3 de 29/06/2016)

Reg. HCB/2018/0406

PR

Página 2/3

ANEXO 9: Autorización del autor del Cuestionario FSM

21/2/2018

Re: Autorización cuestionario FSM

Froilán Sánchez

mié 25/01/2017 21:11

Para: monica checa talavera

📎 3 archivos adjuntos (1 MB)

1 Cuestionario FSM ítems.pdf; 2 FSM Dominios e Interpretación.pdf; 3 FSM Condiciones de uso.pdf;

Hola Mónica:

Tienes mi autorización para utilizar el cuestionario FSM.

Te adjunto en pdf las instrucciones para su uso.

No hay puntos de corte. Simplemente, en cada dominio que el cuestionario contempla, si existe trastorno severo, moderado, o no hay trastorno. En sexualidad humana, con todos mis respetos, los puntos de corte de cualquier cuestionario bajo mi punto de vista están de más.

Un afectuoso saludo

Froilán Sánchez

www.cleissalud.com

El 24 de enero de 2017, 21:45, monica checa talavera escribió:

Buenas tardes.

Soy Mónica Checa, una enfermera del Hospital Clínic de Barcelona que está realizando el máster de Ciències de la Infermeria en La Universitat Jaume I de Castelló.

Me dirijo a usted dado que preciso su consentimiento para utilizar el cuestionario FSM para realizar mi trabajo de Fin de máster. He leído su artículo y el cuestionario me ayudaría mucho en mi trabajo. En tal artículo es donde encontré la manera de ponerme en contacto con usted para facilitarme las "Instrucciones de uso y los puntos de corte".

Muchísimas gracias.

En espera de noticias tuyas,