Cuadernos de SALUD EM

NÚMERO 1

FEDEMA
Federación de Asociaciones de Esclerosis Múltiple de Andalucía
Entidad Declarada de Utilidad Pública

PRÓLOGO 5
Águeda Alonso Sánchez

ALTERACIONES ESFINTERIANAS Y SEXUALES EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE 6
Dr. Guillermo Navarro Mascarell

CUIDADOS EN PACIENTES CON EM: DISFUNCIÓN URINARIA 26
Mercedes Ramón García

GUÍA DE INCONTINENCIA URINARIA 34
Cristina Sánchez Palacios
Almudena Ramírez Cabrales

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y EMBARAZO 55
Dra. Soledad Pérez Sánchez
Dr. Guillermo Navarro Mascarell

EL SILENCIO, EL PRIMER ENEMIGO DE LA SEXUALIDAD 58
José Bustamante Bellmunt

ENTIDADES ADHERIDAS A FEDEMA 60

FEDEMA
Federación de Asociaciones de Esclerosis Múltiple de Andalucía
Entidad Declarada de Utilidad Pública

Dirección
FEDEMA

Coordinación
Reyes Valdés Pacheco

Equipo de Redacción
Águeda Alonso Sánchez
José Bustamante Bellmunt
Dr. Guillermo Navarro Mascarell
Dra. Soledad Pérez Sánchez
Almudena Ramírez Cabrales
Mercedes Ramón García
Cristina Sánchez Palacios

Edita
FEDEMA
Avda. de Altamira, 29, bl.11 – Acc.A
41020 Sevilla
www.fedema.es
fedemaem@hotmail.com
esclerosismultiple@hotmail.com
Teléfono 902 430 880

Dibujos
Cristina Sánchez Palacios

Diseño y maquetación
José Antonio G. Álvarez

Depósito Legal
SE 348-2013

Cuadernos de SALUD Nº1 EM

PRÓLOGO

Uno de los principales objetivos de FEDEMA, es la formación, por ello iniciamos un nuevo camino, con la publicación de los "Cuadernos de Salud". Con esta publicación pretendemos, una vez más, formar e informar, pero cogiendo temas monográficos.

En el número 1 hemos querido tratar temas de sexualidad, alteraciones esfinterianas y embarazo, desde la más amplia perspectiva, ya que son temas prioritarios y que suelen aparecer con cierta frecuencia en los/as afectados/as de Esclerosis Múltiple.

Estamos seguros que será una publicación bien acogida y esperamos que resulte de utilidad, ya que es el fin con el que está realizada.

Nuestro agradecimiento a todos los profesionales que han intervenido altruistamente en su realización.

ÁGUEDA ALONSO SÁNCHEZ
Presidenta de FEDEMA

ALTERACIONES ESFINTERIANAS Y SEXUALES EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

DR. GUILLERMO NAVARRO MASCARELL
Neurólogo. Servicio de Neurología. Unidad de Enfermedades Desmielinizantes.
Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.
Miembro del Consejo Médico Asesor de FEDEMA.

ALTERACIONES ESFINTERIANAS URINARIAS EN EM

Las alteraciones esfinterianas urinarias cobran una gran importancia en la EM fundamentalmente por cuatro motivos:

primero La gran frecuencia de estos síntomas que alcanza hasta el 70-80% de los pacientes, ya que son más frecuentes conforme avanza la enfermedad.

segundo La gran repercusión en la calidad de vida de los enfermos, ya que le limita de forma extraordinaria su vida, sobre todo en lo que se refiere a la vida de relación social, por el temor del paciente a sufrir un escape de orina en un espacio público y que hace que el paciente planifique sus actividades condicionado por la existencia y el acceso a un baño, sin mencionar la incidencia en la autoestima del paciente si sufre un episodio de incontinencia, fundamentalmente en público.

tercero Pueden interferir en la actividad sexual, sobre todo en las mujeres, que como es sabido sufren en mayor medida la enfermedad.

cuarto De no tratarse adecuadamente estas alteraciones urinarias pueden comportar graves complicaciones urológicas, que en el peor de los casos podría llegar a la insuficiencia renal, aunque actualmente por fortuna esto no sucede prácticamente nunca.

FISIOLOGÍA DE LA MICCIÓN

La micción se divide en dos fases: el llenado y el vaciado de la vejiga urinaria.

De forma simplificada existen tres centros del sistema nervioso central relacionados en el control de la micción: en la región frontal, en la protuberancia y a nivel medular bajo. Las raíces que intervienen en el proceso de recibir información de la fase de llenado de la vejiga y trasmitir la orden para el vaciado son las dorsales bajas, lumbares y sacras, que conforman los nervios hipogastrio, pélvico y pudendo, por los que se recibe la información en la fase de llenado y se trasmiten las órdenes para el vaciado.

Para la fase de llenado el esfínter uretral está contraído, impidiendo el escape de orina, mientras la vejiga se distiende con la entrada de orina por los uréteres, dependiendo de la velocidad de distensión de la vejiga o del volumen alcanzado, por los nervios antes mencionados llega la información a nivel del sistema nervioso central del deseo miccional y procedemos de forma voluntaria a la fase de vaciado que consiste en la contracción del detrusor al mismo tiempo que relajamos el esfínter uretral para permitir la salida de la orina por la uretra.

Frecuencia

Como hemos mencionado anteriormente la frecuencia de la sintomatología urinaria es muy elevada alcanzando al 70-80% [1, 2] de los pacientes, sobre todo a los que llevan más de diez años de evolución, incluso en algunas series la frecuencia llega al 90% [3].

Al inicio de la enfermedad como una manifestación más de un primer brote, la incidencia es de 5-10% y como único síntoma inicial de

la enfermedad se considera que puede aparecer entre el 1-2%.

Clínica miccional

Los síntomas urinarios pueden ser muy variados desde simplemente un aumento de la frecuencia urinaria hasta dificultad para iniciar la micción.

En general se distinguen tres tipos de síndromes [1] dentro de la clínica miccional:

– **Síndrome Obstructivo:** cuyo paradigma podría corresponder al síndrome prostático, que se produce por el aumento de la presión a nivel uretral, puede comportar los siguientes síntomas:

• Disuria, entendida como dificultad para iniciar la micción.
• Chorro urinario débil.
• Cortes del chorro miccional.
• Goteo postmiccional.
• Nicturia, definida como más de una micción en la noche.
• Retención urinaria, como expresión del grado máximo del síndrome obstructivo.

– **Síndrome Irritativo**: característico de las vejigas neurógenas, se constituye por:

• Urgencia miccional, que describe la sensación imperiosa que tiene el paciente para iniciar la micción.
• Frecuencia urinaria, el paciente presenta un claro aumento del número de micciones a lo largo del día.
• Incontinencia urinaria, que se define como el escape de orina involuntario, que puede ser de forma incompleta, sólo una pequeña cantidad de orina, o completa, es decir realizando la micción de forma involuntaria totalmente.

– **Síndrome Mixto:** que presenta síntomas de los dos anteriores de forma combinada.

Un síntoma poco frecuente que no está reflejado en los anteriores síndromes es la incontinencia urinaria de esfuerzo, también llamada de estrés, que es la incontinencia que se produce al toser, reír, estornudar, coger peso o simplemente al ponerse de pie, en el caso más intenso, que es característica de las mujeres y obliga a descartar alguna alteración del aparato genitourinario y otro síntoma aún más infrecuente es la alteración del deseo miccional, es decir, que la sensación no es la habitual si no que el paciente interpreta una sensación en el hipogastrio, que suele ser como sensación de peso o distensión, como deseo miccional.

Estudio diagnóstico

En primer lugar para llegar al diagnóstico del trastorno vesical que provoca la clínica miccional hay que realizar una pequeña historia clínica centrada en los síntomas urinarios que padece el paciente, en relación con los referidos anteriormente, para intentar aclarar que síndrome miccional presenta. Como es obvio, el estudio debe ser individualizado y será más o menos amplio según las circunstancias de cada paciente: edad, sexo, clínica miccional, grado de discapacidad, etc.

En nuestra unidad le facilitamos al paciente una hoja donde tiene que cumplimentar el horario y el volumen de orina de todas las micciones realizadas durante las 24 horas del día y especificar si ha tenido escapes de orina y la hora del escape, lo que tiene que repetir el mismo día de la semana siguiente, ya que es una forma práctica y objetiva de conocer la clínica del paciente, además de preguntarle de forma concreta sobre todos los síntomas urinarios que no se recogen en la hoja que cumplimenta.

En segundo lugar hay que realizar una analítica general, que incluya un análisis de orina, para conocer la función renal y descartar una posible infección urinaria, ya que es conocido que en la EM hay entre un 15-20% de infecciones urinarias que cursan de manera subclínica para los pacientes, pero que pueden estar influyendo en el comportamiento de la vejiga urinaria y una Ecografía Abdominal.

En tercer lugar y como exploración complementaria fundamental para estudiar las alteraciones vesicales que se producen en esta enfermedad, así como otras neurológicas, se puede realizar una URODINÁMICA.

La urodinámica nos permite estudiar las dos fases de la micción, la de llenado y vaciado vesical, mediante la Flujometría, la Cistomanometría y el Perfil de Presión Uretral, que son las tres fases de las que se compone el estudio urodinámico.

Dada la importancia de esta técnica considero oportuno describir someramente en que consiste de forma práctica: el paciente orina en un recipiente que esta conectado con un ordenador que mide distintas variables como el tiempo de micción, la máxima presión del chorro miccional, volumen, etc., una vez finalizada la micción voluntaria se sonda al paciente y se mide residuo miccional y por la sonda se rellena la vejiga, habitualmente con suero fisiológico, y se observa la capacidad vesical, el tono del detrusor o si se producen contracciones involuntarias del detrusor de la vejiga, etc., y en la última fase mientras se va retirando la sonda vesical se objetiva la presión a nivel uretral. Además la urodinámica nos permite observar la sincronía entre la contracción de la vejiga y la apertura del esfínter uretral, para la fase de vaciado vesical, como ya hemos comentado en el apartado de la fisiología de la micción.

Actualmente se esta utilizando de forma generalizada la Ecografía Abdominal con medición del residuo post-miccional, para cuantificar el residuo y valorar si el paciente presenta una vejiga neurógena ya establecida y la posible repercusión renal de la disfunción vesical. La medición del residuo es muy importante para decidir la actitud terapéutica a seguir como veremos posteriormente. Esta técnica menos agresiva que la Urodinámica está haciendo que se realicen menos estudios urodinámicos.

También en ocasiones, aunque no suele ser habitual en los pacientes afectos de EM, dada la edad de presentación de la enfermedad, hay que realizar estudios urológicos específicos, esto es más necesario en pacientes varones mayores de 50 años donde hay que descartar que pueda existir asociada una hipertrofia de próstata que influya en las alteraciones esfinterianas y, como hemos comentado anteriormente, en la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres.

Tipos de disfunción vesical

Antes de comenzar explicando como se tratan las alteraciones urinarias en la Esclerosis Múltiple (EM) hemos de hacer referencia a las distintas disfunciones de la vejiga que podemos encontrar en EM, dada su implicación en el tratamiento, que guardan relación con el lugar donde se sitúa la lesión provocada por la enfermedad:

– Vejiga hiperrefléxica o de neurona motora superior, utilizando la clasificación más actual, localizándose la lesión por encima del centro pontino de la micción, que se sitúa en la protuberancia. Este tipo de vejiga suele estar contraída, con aumento de la presión, capacidad disminuida y con contracciones del detrusor involuntarias o mal inhibidas. Esta vejiga se corresponde habitualmente con el síndrome irritativo.

– Vejiga hiporrefléxica o de neurona motora inferior, cuando la lesión se encuentra a nivel de S2-S4 en la médula o en las raíces nerviosas. Esta vejiga suele estar distendida con capacidad aumentada, con disminución de la presión, con escasa contractilidad y que en algunos casos más intensos sólo se consigue la micción por rebosamiento, quedando un gran residuo miccional. Esta vejiga se relaciona con el síndrome obstructivo.

– Disinergia vesico-esfinteriana, cuando la lesión se sitúa entre S2-S4 medular y el centro

pontino de la micción, que puede presentarse aisladamente o asociada a cualquiera de las disfunciones anteriormente mencionadas, y que realmente consiste en una mala coordinación o falta de sincronización entre la contracción del detrusor de la vejiga y la relajación del esfínter urinario al inicio de la micción o durante la misma.

En nuestra serie [2] la distribución del tipo de vejiga según el estudio urodinámico es la siguiente:

- Vejiga hiperrefléxica: 58.8%.
- Vejiga hiporrefléxica: 19.6%.
- Vejiga normal: 21.6%.

Estos hallazgos son similares a estudios urodinámicos clásicos [4, 5, 6].

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento deben ser, normalizar las fases de llenado y vaciamiento vesical, aumentando la capacidad de almacenamiento de la vejiga y realizar un vaciamiento completo de la vejiga, evitando el residuo postmiccional, normalizar la frecuencia urinaria y restaurando la continencia de la vejiga, con todo ésto se pueden prevenir complicaciones urogenitales como las infecciones urinarias de repetición, daño del tracto superior urinario, pielonefritis, litiasis vesical o renal y alteración de la función renal.

Para prevenir posibles complicaciones urinarias es muy importante tomar una cantidad adecuada de líquido a lo largo de todo el día, que debe ser alrededor de dos litros, desechando la idea muy extendida entre los pacientes de restringir el consumo de líquido para evitar los escapes urinarios, ya que al disminuir la ingesta de líquidos lo que podemos conseguir es mayor número de infecciones urinarias que van a ocasionar más incontinencia urinaria además de las molestias propias de las cistitis.

Por otro parte en pacientes con propensión a sufrir infecciones urinarias de repetición una medida clásica, aunque no bien estudiada, es acidificar la orina mediante la ingesta de Vitamina C, ya que los gérmenes se desarrollan con mayor facilidad en medio alcalino mientras que el medio ácido dificulta su crecimiento y la ingesta de arandonos que disminuye la frecuencia de infecciones urinarias secundarias a Escherichia Coli, como se ha demostrado en algunos estudios.

Por norma general las infecciones urinarias se deben tratar cuando presentan síntomas, aunque un síntoma puede ser el aumento de la espasticidad de miembros inferiores, y/o determinadas alteraciones analíticas con antibioterapia específica según el antibiograma y por el contrario no siempre un urocultivo positivo debe ser tratado con antibioterapia específica, ya que muchas bacteriurias no van a ocasionar problemas. Por otra parte el tratamiento preventivo de forma regular y periódica de infecciones urinarias de repetición con un determinado antibiótico no es un método aceptado por todos los autores, aunque se sigue practicando en muchos casos.

Hay que tener presente que muchos fármacos pueden alterar la micción y por lo tanto ocasionar síntomas urinarios. Entre los fármacos más empleados que pueden modificar la fisiología miccional se encuentran:

- Diuréticos.
- Antidepresivos, especialmente los tricíclicos.
- Anticolinérgicos.
- Alfa y Beta Bloqueantes.
- Antipsicóticos.
- Analgésicos opiáceos.
- Antiparkinsonianos
- Antidiarreicos.
- Antagonistas del calcio.

Para evitar o disminuir los síntomas urinarios también se pueden realizar medidas higiénico-dietéticas como llevar ropa no muy ajustada y fácil de quitar, la mencionada acidificación de la orina, evitar el consumo de al-

cohol, estimulantes y especias, ingerir abundantes líquidos durante el día, procurando no beber unas tres horas antes de acostarse para disminuir el número de micciones nocturnas, realizar micciones frecuentes de forma periódica, como máximo cada tres horas, adelantándose a la urgencia e incontinencia urinaria, lo que si se hace de forma constante se podrá conseguir tener una disciplina orinando de forma regular, en el caso que no se tenga deseo miccional se pueden utilizar pequeños "trucos" para desencadenar la micción como pellizcarse en la parte interna y superior del muslo, tirar del vello púbico o estimular el esfínter anal, para ayudar a completar el vaciado vesical se emplea la maniobra de Credé, que consiste en apretar con fuerza el hipogastrio para aumentar la presión abdominal, y realizar ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico. La maniobra de Credé no se debe emplear si existe un aumento de la presión uretral y una posible insuficiencia del esfínter ureteral que podría ocasionar reflujo urinario desde la vejiga al riñón.

Los ejercicios de suelo pélvico han demostrado de forma clara su eficacia en el mejor control de la clínica miccional.

Para tratar la nocturia importante, sobre todo si éste es prácticamente el único o preponderante síntoma urinario de la enfermedad, no permitiendo el descanso del paciente por repetidas interrupciones del sueño debido a las micciones, se puede emplear la Desmopresina [7], en forma de inhalador nasal, que en nuestro medio es poco utilizada debido a potenciales efectos secundarios, fundamentalmente puede ocasionar hiponatremia y trastornos de osmolaridad.

Para tratar los síntomas de la vejiga hiperrefléxica, por otro lado la más prevalente en la Esclerosis Múltiple, se emplean los Anticolinérgicos [8, 9] de los que de los más usados probablemente hoy en día es la Tolterodina (Urotrol o Detrusitol), actualmente en una sola toma al día de 4mg, además también se utilizan, pero de una forma mucho menor, la Oxibutinina (Ditropan), probablemente más eficaz pero con mayor intensidad de efectos secundarios, y el Cloruro de Trospio (Uraplex), estos medicamentos provocan fundamentalmente como efectos secundarios sequedad de mucosas, boca y ojos primordialmente, alteración visual y estreñimiento. Los fármacos incorporados para este tipo de vejiga son la Solifenacina a dosis de 5 y 10 mg y la Fesoterodina a la dosis de 4 y 8 mg, en dosis única diaria, si no mejora el paciente con la Tolterodina que es más económica.

Para la vejiga hiporrefléxica no existe en la actualidad un fármaco especialmente indicado, ya que se retiró del mercado español, hace ya algunos años, el Betanecol (Myo-Hermes), que aunque de eficacia limitada, en nuestra experiencia si mejoraba los síntomas de este tipo de vejiga en algunos casos. En esta alteración vesical se puede utilizar el sondaje intermitente, que comentaremos posteriormente.

La Disinergia vesico-esfinteriana se puede tratar con Alfa-Bloqueantes como Alfuzosina, Terazosina, Doxazosina, Tamsulosina, etc., y anteriormente también se ha utilizado la Nicergolina.

En el caso de que la terapia anterior no fuera efectiva o persistiera un residuo post-miccional elevado, siempre por encima de 100cc, se puede emplear el autocateterismo intermitente, que consiste en realizar el sondaje por parte del propio paciente tras una micción espontánea, para lo que se requiere una aceptable habilidad manual, varias veces al día para así eliminar el residuo, vaciando totalmente la vejiga. El número de ocasiones que se tenga que realizar el cateterismo vendrá determinado por el residuo miccional, se suele iniciar el autosondaje dos o tres veces al día, una de ellas siempre antes de iniciar el sueño.

Esta técnica es muy importante porque en ocasiones es el único tratamiento eficaz para mejorar la clínica miccional que provoca la vejiga neurógena en Esclerosis Múltiple y su objetivo es:

• Evitar la sobredistensión vesical.

• Vaciar regularmente la vejiga, con lo que se eliminan los gérmenes con mayor rapidez de la que se reproducen, disminuyendo las infecciones urinarias.

Empleando esta técnica de forma regular y constante podemos observar como disminuye el residuo tras la micción. En la actualidad contamos con sondas lubrificadas en su totalidad, llamadas de baja fricción, algunas precisan el contacto con el agua, con lo que la fricción con el epitelio de la uretra se reduce de forma espectacular y también disminuyen de una manera muy importante las clásicas complicaciones de las sondas convencionales como las uretritis, estenosis uretrales y epididimitis en el varón.

En nuestra experiencia con un adecuado aprendizaje por parte del paciente, por personal sanitario especialmente formado para ello, los resultados son excelentes.

En este punto hemos de comentar que, sin que podamos dar una razón contrastada, los varones no siguen en general adecuadamente esta terapia y en cambio las mujeres la practican de forma correcta y constante. El autosondaje se puede realizar de pie, en decúbito o sentado en el caso del varón y normalmente se realiza en sedestación o en bipedestación en las mujeres e inicialmente con la ayuda de un espejo para identificar la localización de la uretra.

Si estas alternativas terapéuticas no son eficaces o no se pueden realizar, como es el caso del autosondaje, aunque hemos de decir que algunas pacientes nos han sorprendido al ser capaces de poder practicar esta técnica, a pesar de tener una clara discapacidad en los brazos, se puede recurrir al uso de colectores conectados a bolsa en el caso de los varones o bien se emplean pañales absorbentes en ambos sexos. Hoy en día el uso de una sonda vesical permanente no se recomienda en general debido a los múltiples problemas que pueden acarrear como infecciones urinarias, uretritis, gran interferencia en la esfera sexual, etc., y sólo se utilizan en algunos casos en que no se puede por diversos motivos ofrecer otra alternativa terapéutica.

En algunos casos se pueden realizar esfinterotomías, que consiste en realizar una incisión para disminuir la presión del esfínter y cistotomía suprapúbica.

Para finalizar comentaré algunas terapias que pueden ayudar a mejorar la patología urinaria en EM, pero que en nuestro país no se suelen aplicar:

• Infiltración de Toxina Botulínica Tipo A a nivel vesical para la vejiga hiperrefléxica o hiperactiva, que tiene una limitación importante porque hay que realizarla por vía endoscópica uretral y se tiene que repetir la aplicación cada cierto tiempo, pero su efecto puede durar hasta 6-9 meses. El inconveniente de esta técnica es que puede aumentar la necesidad del autosondaje al incrementar el residuo post-miccional. Esta terapia estaría especialmente indicada en pacientes con autocateterismo intermitente que presentan incontinencia urinaria, a pesar del tratamiento.

• La Neuroestimulación vesical que consiste en colocar un neuroestimulador conectado a las raíces sacras, primordialmente S3 que emita un estímulo para la contracción de la vejiga.

En la práctica diaria en muchos pacientes cuando presentan alteraciones esfinterianas urinarias, sobre todo si la clínica miccional es irritativa, se les indica un tratamiento con anticolinérgicos, mayoritariamente Tolterodina 4mg en dosis única diaria, y se valora la respuesta. Si el paciente no mejora o presenta in-

fecciones urinarias de repetición, se aconseja la práctica de Ecografía Abdominal con medición del residuo post-miccional, ya que la existencia y cantidad del residuo nos determinaran la actitud terapéutica a seguir, valorando la posibilidad del autocateterismo intermitente si el residuo es mayor de 100ml. Si la sintomatología urinaria es de tipo obstructiva se puede emplear terapia alfa bloqueante, aunque hay que destacar que un mismo síntoma urinario puede ser debido a diversas disfunciones vesicales, por lo que en esta situación muy probablemente estaría indicada la realización de un estudio urodinámico, que nos puede informar adecuadamente de la alteración vesical que presenta el paciente y consecuentemente el tratamiento a instaurar, y no debemos olvidar que, según la edad del paciente, habría que descartar un posible prostatismo en los varones.

ALTERACIÓN INTESTINAL

Los trastornos del transito intestinal son también muy frecuentes en esta enfermedad, aunque en general se les presta escasa atención, y consisten fundamentalmente en estreñimiento e incontinencia fecal y aunque la primera puede ser muy molesta para el paciente es esta última la que realmente altera la vida del paciente, ocasionándole un aislamiento social evidente.

La frecuencia de esta disfunción es también muy alta y suele aumentar a lo largo de la evolución de la enfermedad. La frecuencia se estima según diversas series entre el 40% [10] hasta el 68% [11] en lo que respecta al estreñimiento y hasta el 25% [12] en la incontinencia fecal y de forma muy esporádica hasta el 50% [11].

Esta disfunción se relaciona con los trastornos esfinterianos urinarios, con el tiempo de evolución de la enfermedad y con el grado de discapacidad valorado con la EDSS [12].

La disfunción intestinal viene determinada fundamentalmente por el enlentecimiento del transito intestinal y la pérdida o disminución del reflejo gastrocólico, consistente en el aumento de la motilidad del colon tras la ingesta alimenticia. Y aunque se pueden realizar diversas exploraciones diagnósticas, como los estudios manométricos en el recto o estudios del peristaltismo intestinal, en la práctica habitual no se suelen practicar, ya que en general no aportan información relevante para el tratamiento. No obstante no quisiéramos dejar pasar la oportunidad para llamar la atención que ante un estreñimiento muy severo con distensión abdominal y pobre respuesta al tratamiento habitual, hay que descartar de forma exhaustiva otra causa distinta de la Esclerosis Múltiple como responsable del estreñimiento, ya que existe la tendencia generalizada de atribuir siempre a esta patología la disfunción intestinal, con el consiguiente retraso de un diagnóstico correcto de distinta etiología, como vólvulos intestinales u otras causas de obstrucción o pseudoobstrucción intestinal, como hemos podido comprobar en nuestra serie.

No hay que olvidar que algunos tratamientos pueden provocar o acentuar la disfunción intestinal, como por ejemplo los anticolinérgicos, utilizados de forma mayoritaria en los trastornos vesicales, que como ya hemos comentado se asocian en gran medida con las alteraciones intestinales.

El tratamiento del estreñimiento en la EM suele ser el tratamiento estándar de esta disfunción en otras patologías:

- Medidas higiénico-dietéticas consistentes en ingerir abundantes líquidos, dieta rica en resíduos, realizar ejercicio moderado, etc.
- Uso de laxantes de forma ocasional o pau-

tada. Se recomienda el empleo de Lactulosa o Lactitiol.

• Estimulación ano-rectal con supositorios de glicerina o estimulación digital.

• Enemas en los casos que sean necesarios.

Se aconseja que el estreñimiento se resuelva en el plazo máximo de 3-4 días.

En ocasiones se ha usado tratamiento con procinéticos para mejorar el peristaltismo intestinal con una respuesta en general poco satisfactoria.

El problema de la incontinencia fecal es más difícil de tratar y realmente en ocasiones sólo podemos adelantarnos a la incontinencia vaciando la ampolla rectal de forma preventiva para evitar la incontinencia antes de que se produzca en el momento más inoportuno y otras veces podemos indicar el empleo de obturadores anales, que son útiles para una correcta continencia de las heces, siempre que éstas no sean líquidas. En general los "tapones" anales no suelen ser bien aceptados por los pacientes. En esta sintomatología el paciente tiende a recurrir a la medicina alternativa, sobre todo a tratamientos de herboristería, para mejorar el estreñimiento, dada la pobre respuesta que en muchas ocasiones le brinda la medicina clásica.

ALTERACIONES SEXUALES

Introducción

La actividad sexual es una parte importante de la vida del ser humano y más si cabe en la edad de presentación de la enfermedad, fundamentalmente entre 20 y 40 años, donde se desarrolla la edad fértil de la mujer y cuando se mantiene una mayor actividad sexual. Es por ello que una merma en la esfera de la sexualidad repercute claramente en la calidad de vida de los pacientes y en su relación de pareja, existiendo un mayor porcentaje de separaciones, que aunque no se pueda atribuir exclusivamente a esta causa, es indudable que la alteración sexual es uno más de los factores que están implicados.

Realmente la problemática sexual de los pacientes de EM es difícil de abordar ya que es un tema muy poco tratado en las consultas por parte de los pacientes, incluso hoy en día, debido a diversos motivos de diferente índole: religiosa, cultural, social, etc., siendo muy difícil poder conocer la incidencia real de esta alteración, ya que los pacientes no contestan, de forma amplia, a esta cuestión al ser interrogados sobre este tema y si lo hacen en muchas ocasiones la respuesta no es del todo sincera. Las mujeres en un alto porcentaje no suelen responder, a pesar de que esta patología predomina de forma clara en la mujer, sobre todo por debajo de los 40 años.

En una encuesta que realizamos de forma voluntaria sobre la actividad sexual en los pacientes de EM que revisamos en una consulta especializada sobre alteraciones esfinterianas en EM, sólo respondieron a la encuesta el 57%, contestando el 70% de los hombres y el 30% de las mujeres, a pesar de que como veremos posteriormente estas manifestaciones clínicas están muy relacionadas y se dan en una elevada frecuencia en el mismo paciente. Por otra parte hay un gran desconocimiento de las alternativas terapéuticas existentes actualmente en este campo, por parte de los pacientes y del personal sanitario, y además los pacientes presentan un temor, en muchas ocasiones injustificado, a emplear los tratamientos adecuados en esta patología a pesar de que su indicación sea correcta y realizada por profesionales con experiencia en este ámbito.

Por otro lado no queremos dejar pasar la ocasión para reseñar que existe un importante número de pacientes y sus parejas, sobre todo en el sexo femenino, que muestran una evidente "resignación" ante la pérdida de la función sexual, que resulta difícil comprender dada la edad de los pacientes y las posibilidades terapéuticas reales de las que disponemos actualmente.

Hay que destacar que si realmente queremos conseguir mejorar la vida sexual de los pacientes de EM es imprescindible que éstos modifiquen la "mentalidad" ante la sexualidad, que es algo en muchas ocasiones muy difícil de lograr, no considerando el coito como la única alternativa de disfrutar de la sexualidad.

Hay que señalar que según se recoge en algún trabajo [14] la mujer, tanto como paciente como pareja de un enfermo de EM, está más satisfecha con su vida sexual que el varón, sin que se especifiquen los motivos de esta aseveración, aunque lo que se constata claramente es que las pacientes consultan muy excepcionalmente por esta patología, en tanto que el varón expresa cada vez con más frecuencia su problemática en este terreno, buscando soluciones.

Fisiología de la sexualidad

Los estímulos sexuales pueden ser considerados como "centrales", es decir psíquicos, visuales, olfatorios, etc., o "periféricos", es decir locales, por estimulación de zonas erógenas, que no se tienen que circunscribir exclusivamente a la región perineal.

Ante estímulos "centrales" se activan diversas regiones cerebrales, como la corteza y el sistema límbico, que trasmiten por la médula el estímulo hasta los centros autonómicos, tanto a nivel de dorsolumbar (D11-L2) como sacro (S2-S4) para que se produzcan en el caso de la mujer la lubricación vaginal, aumento de la tumescencia del clítoris y con el aumento de la excitación sexual el orgasmo y en el caso del hombre inicialmente la erección, que se produce por el relleno vascular de los cuerpos cavernosos con aumento de la resistencia del drenaje venoso del pene, y posteriormente coincidiendo con el punto de mayor excitación sexual el orgasmo y la eyaculación.

En el caso que los estímulos sean locales se produce un reflejo segmentario medular de los centros medulares, que hemos mencionado anteriormente, desencadenando las respuestas ya comentadas.

Prevalencia

Las cifras que se manejan de incidencia de las alteraciones sexuales en la EM son dispares aunque en general se sitúan entre el 50-75% de los pacientes [15], considerándose que es algo mayor en los varones, y aumenta con el tiempo de evolución de la enfermedad [16], estos datos provienen mayormente de estudios anglosajones.

Es interesante destacar que en algún estudio se hace referencia a que el porcentaje de pacientes afectados por una disfunción sexual, antes de manifestarse la enfermedad, se sitúa alrededor del 10% [17], que es muy similar a los datos que se manejan para la población general, sin una patología conocida previamente.

Por otra parte la disfunción sexual en la EM se relaciona de forma clara, siendo a su vez un factor que condiciona la actividad sexual de los pacientes, con los trastornos esfínterianos [18, 19, 20], fundamentalmente urinarios, ya que aproximadamente la mitad de los pacientes con patología vesical presenta algún trastorno en la esfera sexual, secundarios a la afectación medular [20]. El miedo a presentar un escape urinario durante la relación sexual puede condicionar de una forma muy importante la actividad sexual. Esta evidente relación también se da con la afectación de la vía piramidal [20], fundamentalmen-

te localizada en miembros inferiores, y con la carga lesional en Resonancia Magnética [21, 22], de forma predominante a nivel de la protuberancia y región frontal. Sin embargo esta relación se discute, en algún estudio, aunque en nuestra modesta opinión esta relación es evidente con:

– La Depresión, más habitual en la EM que en otras enfermedades crónicas discapacitantes, ya que la depresión puede manifestarse de por si con alteraciones sexuales.

– La Fatiga, que es una sintomatología frecuente en estos pacientes y que puede condicionar e incluso imposibilitar una relación sexual satisfactoria, por la falta de energía que experimenta el paciente con este síntoma y la acentuación de la clínica que en ocasiones provoca la fatiga.

– Tiempo de Evolución y Grado de Discapacidad, que pueden estar interrelacionados entre sí, siendo la discapacidad que presente el paciente en algunos casos un claro obstáculo para la realización de una actividad sexual "normal", aunque este concepto de normalidad cuando se habla de sexualidad sería muy discutible.

Es importante señalar que algunos fármacos muy utilizados de forma general y más específicamente en EM pueden ocasionar una disfunción sexual o acentuar una ya preexistente, provocando una disminución de la libido, una dificultad en la erección o retrasando la eyaculación.

Los fármacos más implicados son:

– Antihipertensivos, como diuréticos tiacídicos, betabloqueantes, espironolactona, bloqueadores de canales del calcio, simpaticolíticos.

– Antiespásticos, usados de forma amplia para tratar la espasticidad, como el baclofen.

– Anticolinérgicos, utilizados para el tratamiento de la patología urinaria en la vejiga hiperactiva, que como hemos comentado anteriormente está muy relacionada con la alteración sexual, como la oxibutinina.

– Antagonistas de receptores H2, usados para tratar diversas afecciones gástricas.

– Antidepresivos, como los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, salvo trazodona, Antidepresivos tricíclicos e Inhibidores de la monoaminaoxidasa.

– Tranquilizantes y Neurolépticos.

– Antiepilépticos como el fenobarbital, actualmente menos recomendado.

– Beta-bloqueantes, que en la EM se utilizan para disminuir el temblor fundamentalmente.

– Tóxicos como cocaína, alcohol, tabaco, marihuana, heroína.

Alteraciones propias de la mujer

Las fundamentales alteraciones de la sexualidad en las mujeres que padecen EM son las siguientes:

– Disminución de la libido.

– Disminución de la lubricación vaginal.

– Alteración de la sensibilidad en el área genital, que puede encontrarse: disminuida, ausente o ser incluso dolorosa.

– Limitaciones debidas a la propia EM: espasticidad, alteración postural, fatiga y alteración esfinteriana.

La disminución de la libido, es decir, la disminución del deseo sexual, es frecuente en las pacientes de EM y se puede atribuir a diversas causas: la disminución de la autoestima por padecer una enfermedad crónica discapacitante, alteración de la propia imagen corporal que le cree parecer menos atractiva, la disminución de la satisfacción en la relación sexual, la depresión, miedo a un escape de orina durante la relación sexual, en las pacientes que presentan alteraciones esfinterianas y en menor medida a la propia enfermedad.

En muchas ocasiones relacionada con la anterior, las pacientes presentan disminución de la lubricación vaginal, ya que para que és-

ta exista debe haber un deseo sexual adecuado. Aunque en ocasiones se mantiene el deseo sexual y la lubricación vaginal no se produce de forma adecuada, a lo que pueden contribuir diversos condicionantes independientes de la enfermedad, como la edad, cambios hormonales, etc. No obstante esta alteración es escasamente referida por las pacientes, manifestándolo en la anamnesis dirigida.

Las alteraciones de la sensibilidad en el área genital pueden ocasionar que no se pueda alcanzar un orgasmo satisfactorio, ya que el grado de excitación es menor, si la sensibilidad está disminuida o incluso ausente. En ocasiones la sensibilidad en el área sexual se encuentra alterada provocando una sensación de disconfort, que incluso puede ser intensamente dolorosa, en lugar de satisfactoria durante la relación sexual, pudiendo coincidir el momento del previsible máximo grado de satisfacción con una sensación de dolor intenso de tipo neurálgico.

Entre las limitaciones propias de la enfermedad que afectan de forma clara la relación sexual se encuentran:

– La espasticidad que puede dificultar el adoptar determinadas posiciones o ser aumentada por la excitación o incluso presentar espasmos musculares sobre todo en los miembros inferiores, durante o al finalizar la relación sexual.

– La alteración postural que presentan algunas pacientes, en la mayoría de los casos debida a la espasticidad, es una dificultad añadida a la relación sexual, aunque casi siempre superable con un poco de imaginación y colaboración de la pareja.

– La fatiga, que es una sensación de falta de energía subjetiva que limita claramente la actividad tanto física como psíquica de los pacientes, siendo además un síntoma muy frecuente en la EM, puede, si es intensa, impedir, sobre todo a los varones, el completar de forma adecuada la relación sexual, por lo que es muy importante que los pacientes planifiquen sus actividades diarias para "ahorrar" la máxima energía posible, por lo que parece lógico que la actividad sexual se desarrolle por las mañanas, cuando los pacientes, por regla general, se encuentran más descansados.

– Las alteraciones esfínterianas, sobre todo urinarias, se asocian con una elevada frecuencia a las alteraciones de la sexualidad en la EM, siendo probablemente la asociación más clara entre las manifestaciones clínicas de la EM, lo que provoca que los pacientes, fundamentalmente del genero femenino, se inhiban ante la sexualidad, debido al temor de que se pueda producir un escape de orina involuntario durante el "juego" sexual. En un reciente estudio [19] se ha encontrado una clara relación en las mujeres en general que padecen síntomas de alteración de tracto urinario e incontinencia urinaria con la disfunción sexual que alcanza hasta el 46%.

Alteraciones propias del varón

– Disfunción de la erección.

– Alteración de la percepción orgásmica y la eyaculación.

– Disminución de la libido.

– Limitaciones secundarias a la propia E.M.

La Disfunción Eréctil es la alteración por la que más consultan los pacientes de EM, pudiéndose clasificar, desde un punto de vista simple y práctico, en tres estadios (aunque no sigamos la Clasificación Internacional de la Disfunción Eréctil):

– Fugaz, consistente en una erección completa pero de breve duración, que no permite conseguir un coito adecuado.

– Incompleta, con una tumescencia menor de la necesaria para una penetración correcta.

– Ausente, es decir, que no se produce erección de forma voluntaria, ya que en ocasiones se pueden producir erecciones involun-

tarias, sobre todo nocturnas, que no siempre indican que la disfunción eréctil sea de origen psíquico.

La alteración de la eyaculación en la EM, que suele asociarse a un trastorno de la percepción orgásmica y de la sensibilidad en la zona genital, puede dividirse de forma simplista en:

– Eyaculación Precoz, que no es una alteración propia de la EM y que se produce en la misma frecuencia que en la población general y que puede tratarse con Antidepresivos IRSS como la Fluoxetina.

– Eyaculación Retardada, consistente en un retraso importante de la eyaculación, en general como hemos comentado relacionado con un trastorno de la sensibilidad y de la sensación orgásmica, debido a la dificultad para conseguir el estado de excitación que se requiere para la eyaculación normal.

– Eyaculación Ausente.

La Sensación Orgásmica puede ser no satisfactoria, estar ausente o incluso ser dolorosa.

La Disminución de la libido no suele ser referida espontáneamente por los pacientes, que tienden a atribuirla a los tratamientos empleados, pero si se les pregunta específicamente por este aspecto se observa que está presente en muchos pacientes.

En lo que se refiere a las alteraciones propias de la enfermedad en lo que respecta al varón son superponibles a las que sufren las mujeres, aunque haciendo mayor hincapié en la fatiga, la espasticidad y las alteraciones posturales.

Estudio diagnóstico

Para realizar un diagnóstico correcto de la alteración sexual en la EM se pueden realizar los siguientes estudios, que en la práctica asistencial habitual en muchas ocasiones no se suelen realizar, ya que es improbable que esta alteración sea motivada por una causa distinta a la EM o que no esté directamente relacionada con la misma:

– Potenciales Evocados Soméstesicos del Pudendo [23], que nos permite estudiar la vía nerviosa que está implicada en la función sexual y su posible anomalía.

– Electromiografía de la musculatura bulbo cavernosa y Reflejo bulbo cavernoso.

– Doppler de Pene, que nos permite descartar alguna causa vascular de disfunción eréctil y a la vez podemos comprobar la respuesta al tratamiento, ya que habitualmente este estudio se realiza inyectando en el pene Prostaglandina E, que es uno de los tratamientos de la disfunción eréctil, como más tarde veremos.

– Estudio Psicológico, que en ocasiones es necesario realizar para descartar un síndrome depresivo u otro trastorno psíquico como causa de la alteración sexual.

No haremos mención expresa de otros estudios que se suelen realizar para diagnosticar disfunciones sexuales de causa no conocida como son analítica, incluyendo determinaciones hormonales, estudio urológico, registro de tumescencia del pene, bien nocturna o mediante estímulos visuales, visionado de escenas eróticas, etc., ya que nos ceñimos al estudio de los pacientes diagnosticados de E.M.

Tratamiento de la disfunción sexual en EM

Lo primero que hay que decir que la sexualidad en la pareja es cosa de dos y que por lo tanto cualquier alteración en este campo, en uno de los miembros de la pareja, repercute en el otro miembro y las alternativas de tratamiento han de ser valoradas y aceptadas por los dos, sabiendo además que en muchas ocasiones los problemas comienzan a resolverse cuando se hablan con total “confianza” y sinceridad con la pareja, ya que por otro lado no es infrecuente en nuestro medio que las parejas no puedan expresar con absoluta claridad sus deseos y problemática en este ámbito [24]. Es por todo ello muy importante estimular a los pacientes

a que tengan una intensa comunicación con su pareja en este campo.

En segundo lugar hay que señalar que en ocasiones será necesario adoptar un cambio claro de mentalidad en lo referente a la sexualidad y no centrar la sexualidad prácticamente de forma exclusiva en el coito y pensar que existen otras formas gratificantes de desarrollar la sexualidad distintas al coito. Esto como es lógico precisará en ocasiones de un apoyo psicológico para la pareja.

Como normas generales para ambos sexos es fundamental descartar causa iatrogénica que esté interfiriendo en la función sexual, revisando el tratamiento que realiza el paciente y si es necesario suprimir, si es posible, o sustituir algún fármaco concreto que esté tomando el paciente, prestando especial atención al tratamiento antidepresivo, ya que en ocasiones se pueden sustituir los antidepresivos del grupo de los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina por Trazodona o Venlafaxina, que presentan menos repercusión a nivel de la actividad sexual.

Es muy importante realizar una correcta evaluación de la higiene y calidad del sueño, para disminuir en lo posible la fatiga, ya que como todos conocemos un sueño no reparador incrementa la fatiga, siendo en ocasiones necesario tratar de forma adecuada las posibles causas de la alteración del sueño, como pueden ser los espasmos musculares nocturnos o la nicturia. Así mismo debemos hacer especial hincapié en conservar la mayor energía posible durante la actividad sexual, por lo que se deben adoptar las posiciones más adecuadas en cada caso concreto y por supuesto mantener la relación sexual cuando la fatiga sea menor, lo que habitualmente suele ocurrir al despertar por la mañana.

Por otro lado debemos optimizar el tratamiento de la espasticidad para disminuirla en lo máximo posible, para que no dificulte la actividad sexual y también tenemos que tratar la alteración urinaria, muy relacionada con la patología sexual en los pacientes con EM, como ya hemos comentado, puede ser la urgencia e incontinencia miccional, antes de la relación sexual, sobre todo en la mujer, mediante el vaciado vesical, empleándose si es necesario el tratamiento con anticolinérgicos o incluso el autosondaje.

Tanto la mujer como el varón pueden presentar una disminución de la sensibilidad en la zona genital o una dificultad mayor para alcanzar el grado de excitación requerido para alcanzar el orgasmo, por lo que en muchas ocasiones éste no se consigue con el coito exclusivamente, siendo necesario previamente a la penetración una estimulación intensa y prolongada para poder tener un alto nivel de excitación cuando se produce la copulación y conseguir el orgasmo durante el coito.

La estimulación puede ser realizada por la pareja o por el propio paciente, siendo en la mayoría de las ocasiones más efectiva si la práctica el propio paciente, aunque en ocasiones esta estimulación ha de ser tan prolongada en el tiempo que le puede provocar cansancio al paciente, por lo que para evitar esta limitación se pueden emplear vibradores, que permiten calibrar el grado de la estimulación.

MUJER

Entrando ya en temas concretos para cada miembro de la pareja, en el caso concreto de la mujer, cuando exista una disminución o ausencia de la lubricación vaginal se aconseja el uso de lubricantes vaginales, lógicamente aplicados antes del coito, que deben ser estériles e hidrosolubles como por ejemplo gelatinas estériles, que se pueden adquirir fácilmente en las farmacias, y no emplear la "famosa" vaselina, que puede provocar infecciones vaginales.

Habrá que, en casos concretos, realizar una consulta con el Ginecólogo, para valorar la posibilidad de tratamiento hormonal sustitutivo, dependiendo de la edad de la paciente, a pesar de que actualmente es una alternativa terapéutica muy en discusión.

En lo que respecta a la disminución de la libido las posibilidades de tratamiento son en general escasas y hay que insistir en crear un ambiente adecuado desde el punto de vista psicológico que estimule la relación sexual, evitando al máximo los estímulos negativos como estrés, cansancio, rutina, etc. Se esta estudiando la posibilidad del uso de parches de testosterona en la mujer para aumentar el deseo sexual, lo que ya se está llevando a cabo en mujeres con extirpación ovárica, y hace ya unos años se informó de una sustancia denominada PT 141, un agonista de Melanocortin, en forma de inhalador nasal, que había resultado efectiva en estudios con ratas para tratar la disminución del deseo sexual, pero hasta la fecha no ha sido comercializada en nuestro país, aunque se anuncia profusamente en Internet y que también podría ser efectivo para mejorar la disfunción sexual del varón y actuaría a nivel del sistema nervioso. También se están realizando estudios con prostaglandinas para mejorar la libido.

Cuando el problema radica en que la sensación orgásmica no sólo no es satisfactoria sino que es molesta o incluso dolorosa se pueden utilizar fármacos que modifican el umbral del dolor, como por ejemplo Carbamazepina, Fenitoína, Antidepresivos Tricíclicos, Gabapentina u otros anticomiciales, etc.

Cuando en una misma paciente concurran la depresión, la urgencia urinaria y la sensación dolorosa durante el coito, el tratamiento con Antidepresivos Tricíclicos puede ser una buena opción terapéutica, ya que con un mismo fármaco cubriríamos la posibilidad de tratar las tres manifestaciones clínicas anteriormente mencionadas.

VARÓN

Lo primero que hay que decir es que existen más alternativas terapéuticas en el campo de la sexualidad para el varón que para la mujer y que son especialmente efectivas en la disfunción eréctil, que por otro lado como ya hemos señalado es la principal queja de los pacientes.

El primer tratamiento que se puede emplear en el caso de que el paciente presente una erección prácticamente completa pero breve en el tiempo es el Constrictor, que consiste en una banda elástica, que debe ser ancha, que se coloca en la base del pene cuando se consigue la erección y que permite mantenerla al impedir que el pene pierda la irrigación. El Constrictor no debe mantenerse durante más de quince minutos, para no presentar problemas debido a la falta de riesgo vascular. El Constrictor se puede adquirir, aunque parece que los que mejor funcionan son los que "fabrican" de forma casera.

Relacionado con el anterior está la Bomba de Vacío que se trata de un aparato donde se coloca el pene y se produce el vacío, con lo que se consigue que el pene se rellene de sangre, lo que provoca la erección y para mantenerla se coloca el Constrictor. Realmente tanto el Constrictor como la Bomba de Vacío no son prácticamente utilizados por los pacientes y más aún desde que han aparecido los tratamientos orales para la disfunción eréctil.

El siguiente tratamiento es la Infiltración intracavernosa de sustancias vasoactivas como la Papaverina, la Fentolamina y la Prostaglandina E [25], que es la que actualmente se utiliza, que evidentemente presenta el inconveniente de que debe ser inyectada en el pene, en los cuerpos cavernosos, lo que inicialmente cuenta con un cierto rechazo por parte de los pacientes, hasta que son instruidos por los Servicios de Urología, que son los que pueden indicar y recetar este tratamiento, ya que esta opción terapéutica esta pensada para la autoinyección, que es la que da autonomía al paciente para poder utilizar el tratamiento cuando lo desee. La infiltración a de realizarse en la cara lateral del pene para evitar lesionar el paquete vasculonervioso que se sitúa en la cara dorsal. La dosis empleada suele ser 5-10 mcg de Alprostadil [25], más pequeña que las que se utilizan en otras patologías que cursan con disfunción eréctil. El tratamiento comienza a manifestar su eficacia alrededor de 15-20 minutos tras la inyección y mantiene su

eficacia entre 2 y 4 o incluso 6 horas, como máximo. La frecuencia de uso que se aconseja es de una vez por semana, ya que una mayor frecuencia puede producir fibrosis vascular. En cuanto a efectos secundarios, no suele tenerlos a nivel general, ya que su efecto es fundamentalmente local, y como efecto secundario local más grave que puede ocasionar se encuentra de forma verdaderamente excepcional, dadas las dosis que se emplean en EM, el Priapismo, que es una erección mantenida que puede ser dolorosa y que puede constituir realmente una urgencia médica, ya que puede provocar una reacción vegetativa importante.

El gran avance en el tratamiento de la disfunción eréctil ha consistido en la introducción del tratamiento por vía oral con el uso de los Inhibidores de la Fosfodiesterasa 5, que comenzó con el Sildenafilo, principio activo de la "famosa" pastilla azul (Viagra), que ha revolucionado el campo de la disfunción eréctil, llegándose a hacer incluso un uso indebido del tratamiento.

En la actualidad, Octubre de 2008, existen tres inhibidores de la Fosfodiesterasa 5 en el mercado, que comparten el mecanismo de acción pero que se diferencian fundamentalmente en el tiempo de acción de cada uno de ellos.

Además del Sildenafilo actualmente se dispone del Tadalafilo, denominado comercialmente Cialis y del Vardenafilo de nombre comercial Levitra.

Como hemos comentado anteriormente lo que les distingue principalmente es el tiempo de acción, que es de 3-4 horas, incluso hasta 6 horas, en el Sildenafilo, de algo menos en el Vardenafilo, pero con la contrapartida que es más rápido en iniciar su efecto, alrededor de 15-20 minutos, mientras que el Sildenafilo tarda entre 30-60 minutos y el Tadalafilo el tiempo de acción es en la mayoría de las ocasiones de 24 horas e incluso en algunos pacientes de hasta 36 horas, como se recoge en la actualización de la información de su ficha técnica, aunque algunos pacientes refieren que su eficacia no es mayor de 12-14 horas y su acción comienza a manifestarse a partir de los 30 minutos.

Por otra parte es importante comentar que aunque el mecanismo de acción a grandes rasgos es similar, se ha comprobado que pacientes que no responden al Sildenafilo pueden responder al Tadalafilo, en algún estudio indican que hasta en el 30% de los casos. La dosis a emplear inicialmente en los pacientes con EM es la menor en cada uno de ellos, ya que muchos pacientes consiguen una relación satisfactoria con dosis pequeñas de inhibidores de Fosfodiesterasa 5 y en caso de no ser efectiva dicha dosis se ascenderá a la inmediatamente superior.

La frecuencia de uso que se recomienda en general es de 2-3 veces por semana para evitar posibles efectos secundarios a largo plazo sobre la circulación del pene, aunque Tadalafilo ha incorporado una nueva presentación que puede ser usada de forma diaria combinada con las ya comercializadas, como veremos posteriormente.

Los efectos secundarios, que en general son similares en los tres fármacos, más frecuentes, debido a su acción vasodilatadora, son cefalea, opresión torácica, que puede hacer pensar de forma errónea en patología cardiaca, rubor facial, alteración de la visión cromática, confundiendo el verde y el azul, hormigueos en manos, dispepsia y congestión nasal, que no suelen revestir ninguna gravedad y que desaparecen en alrededor de 20-30 minutos.

Las contraindicaciones fundamentales de estos tratamientos son la Hipertensión Arterial no controlada, la Insuficiencia Hepática y Renal Severa y la Cardiopatía Isquémica en tratamiento con Nitritos, ya que por si sola la Cardiopatía Isquémica no sería una contrain-

dicación absoluta, pero si al asociar Nitritos, que son vasodilatadores y no deben asociarse a otro vasodilatador como en este caso son los inhibidores de la Fosfodiesterasa 5.

Es necesario saber que para que el tratamiento para la disfunción eréctil sea eficaz tiene que haber un deseo sexual adecuado, ya que ante la ausencia de libido esta terapia esta abocada al fracaso. Actualmente estas sustancias activas no están cubiertas por el sistema público sanitario y precisan de receta médica para su dispensación.

La dosis media eficaz de Sildenafilo es 50 mg y la presentación comercial en comprimidos de 25, 50 y 100 mg.

Tadalafilo se presentaba hasta ahora en comprimidos de 10 y 20 mg y actualmente se ha incorporado un nuevo comprimido de 5 mg que permite de forma combinada su uso diario.

Vardenafilo tiene también tres presentaciones de 5, 10 y 20 mg.

De forma práctica recomendamos a los pacientes, por motivos económicos, que si inicia tratamiento con Sildenafilo adquirir el comprimido de 50 mg y dividirlo por la mitad para que pueda con el precio de un comprimido tener dos dosis, ya que el precio de los comprimidos de 25 mg y de 50 mg son bastante similares. Algunos pacientes también realizan la misma práctica con el Tadalafilo.

Otro tratamiento que aunque inicialmente, por su mecanismo de acción a nivel del circuito encefálico de la sexualidad, no parecía que pudiera ser demasiado efectivo en la disfunción eréctil secundaria a EM, ya que las vías medulares en muchas ocasiones suelen estar afectadas, es la Apomorfina, comercialmente conocida como Uprima, que en algunos pacientes es muy efectiva, siendo sus efectos secundarios más frecuentes y causa de abandono en ocasiones, las nauseas y vómitos.

Otras alternativas para la disfunción eréctil son la aplicación tópica de nitritos, que como ya hemos comentado son vasodilatadores, pero que actualmente no son de uso habitual, también existen cremas tópicas que mezclan prostaglandinas y oxido nítrico y las Prótesis que sería la última opción a recurrir en el caso del fracaso de todas las anteriores terapias. Las prótesis, que pueden ser de distintas características, no son una alternativa a la que realmente recurra el paciente con EM, por diversos motivos como los referidos al inicio de este capítulo en relación a la resignación de los pacientes a disfrutar de una vida sexual activa.

El tratamiento de la alteración de la percepción orgásmica y la eyaculación es en general difícil y con pobres resultados.

Como comentábamos con anterioridad en muchas ocasiones la disminución de la sensibilidad en la región genital, lo que conlleva una clara dificultad para alcanzar el orgasmo de forma adecuada, está asociada a la alteración de la eyaculación, por lo que una de las alternativas de tratamiento es aumentar la excitación hasta conseguir que ésta sea máxima para que se alcance el orgasmo y la eyaculación. Este aumento de la excitación se puede realizar mediante la estimulación refleja espinal, que como hemos descrito en el apartado de fisiología de la sexualidad, mediante una vía "periférica" por medio de un circuito medular se puede conseguir una respuesta sexual con la estimulación de la zona genital. Esta estimulación se puede realizar manualmente por el propio paciente o por su pareja, aunque suele ser el paciente el que la realiza de forma más eficaz en cuanto a intensidad y frecuencia, existiendo los denominados vibradores que pueden realizar esta función sustituyendo a la persona.

En lo referente al tratamiento medicamentoso en ocasiones se ha empleado la Yohimbina, no comercializada en España y si en el

Reino Unido, que es de difícil manejo por los efectos secundarios que puede ocasionar de tipo vegetativo con alteración de la tensión arterial, mareo, sudoración, arritmia etc., y porque la posología no esta bien establecida, tanto en lo referente a la dosis mínima eficaz, como si la medicación se debe emplear de forma continua o sólo ocasionalmente antes de la relación sexual. La Yohimbina se suele emplear asociada a antidepresivos, fundamentalmente Trazodona.

En el supuesto que en lugar de conseguir un orgasmo satisfactorio se desencadene una sensación desagradable e incluso muy dolorosa, que en ocasiones es de tipo neurálgico, se pueden administrar fármacos modificadores del umbral doloroso, como hemos referido con anterioridad, en nuestra experiencia hemos conseguido buenos resultados con la Carbamazepina.

La forma de tratar la disfunción eréctil en el varón sería inicialmente descartar alguna causa iatrógena, optimizar el tratamiento de la fatiga, la espasticidad, la higiene del sueño, etc., que puedan interferir en la sexualidad, y si con ello no mejora la disfunción emplear tratamiento con algún inhibidor de la Fosfodiesterasa 5, que puede ser elegido por el propio paciente según sus circunstancias personales, en dosis progresivas hasta llegar a la dosis máxima, pudiendo cambiar de Inhibidor de la Fosfodiesterasa 5 si no hay una adecuada respuesta y si no se obtienen los resultados esperados pasar a sustancias vasoactivas de infiltración local como el Alprostadil, que si esta cubierta por la Seguridad Social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Fernández, O. Editor: ***Esclerosis Múltiple. Una aproximación multidisciplinaria***, Ed. AEDEM, Barcelona 1994.

2. Gimeno Álava, A. Editor: ***Esclerosis Múltiple. Guía Práctica.*** Ed. Acción Médica, Madrid 1997.

3. Hulter BM, Lundberg PO: ***Sexual function in women advanced multiple sclerosis.*** J Neurol Neurosurg Psychiatry 1995 Jul; 59(1):83-6.

4. Awad S A, Gajewski J B et al: ***Relationship betwen neurological and urological status in patients with Multiple Sclerosis.*** J Urology, 1984; 132: 499-502.

5. McGuire E J, Savastano J A: ***Urodinamic finding and long-term outcoume management of patients with Multiple Sclerosis-induced lower urinary tract dysfunction.*** J Urol, 1984; 132: 102.

6. Blaivas J G, Kaplan S A: ***Urologic dysfunction in patients with Multiple Sclerosis. Seminars in Neurology***, 1988; 8: 2.

7. Tubridy N, Addison R, Schon F. ***Long term use desmopressin for urinary symptoms in multiple sclerosis*** Mult Scler 1999 Dec;5(6):416-7.

8. Fowler CJ. ***The cause and management of bladder, sexual and bowel symptoms in multiple sclerosis.*** Baillieres Clin Neurol 1997 Oct;6(3):447-66.

9. DasGupta R, Fowler CJ. ***Sexual and urological dysfunction in multiple sclerosis: better understanding and improved therapies.*** Curr Opin Neurol. 2002 Jun; 15(3):271-8.

10. Bakke A, Myhr KM, Gronning M, Nyland H. ***Bladder, Bowel and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis—a cohort study***. Scand J Urol Nephrol Suppl 1996; 179:61-6.

11. Hinds JP, Eidelman BH, Wald A. ***Prevalence of bowel dysfunction in multiple sclerosis. A population survey.*** Gastroenterology 1990 Jun;98(6):1538-42.

12. Munteis E, Andreu M, Téllez MJ, Mon D, Ois A, Roquer J. ***Anorectal dysfunction in multiple sclerosis*** Mult Scler 2006; 12:215-18.

13. Hennessey A, Robertson NP, Swingler R, Compston DA: ***Urinary, faecal and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis***. J Neurol 1999 Nov; 246(11):1027-32.

14. McCabe MP. ***Relationship functioning and sexuality among people with multiple sclerosis.*** J Sex Res. 2002 Nov; 39(4):302-9.

15. Valleroy ML, Kraft GH. ***Sexual dysfunction in multiple sclerosis*** Arch Phys Med Rehabil 1984 Mar; 65(3):125-8.

16. Stenager E, Stenager EN, Jensen K. ***Sexual function in multiple sclerosis.*** A 5 year follow-up study. Ital J Neurol Sci 1996 Feb; 17(1): 67-9.

17. Zorzon M, Zivadinov R, Bosco A et al ***Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a case-control study. I. Frequency and comparison of groups.*** Mult Scler 1999 Dec; 5(6):418-27.

18. Borrello-Franco D, Leng W, O'Leary M et al. ***Bladder and sexual function among women with multiple sclerosis.*** Mult Scler. 2004 Aug; 10(4):455-61.

19. Salonia A, Zanni G, Nappi RE et al. ***Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinente: results of a cross-sectional study.*** Eur Urol. 2004 May; 45(5):642-8.

20. Zivadinov R, Zorzon M, Bosco A, et al. ***Sexual dysfunction in multiple sclerosis: II. Correlation analysis.*** Mult Scler 1999 Dec;5(6):428-31.

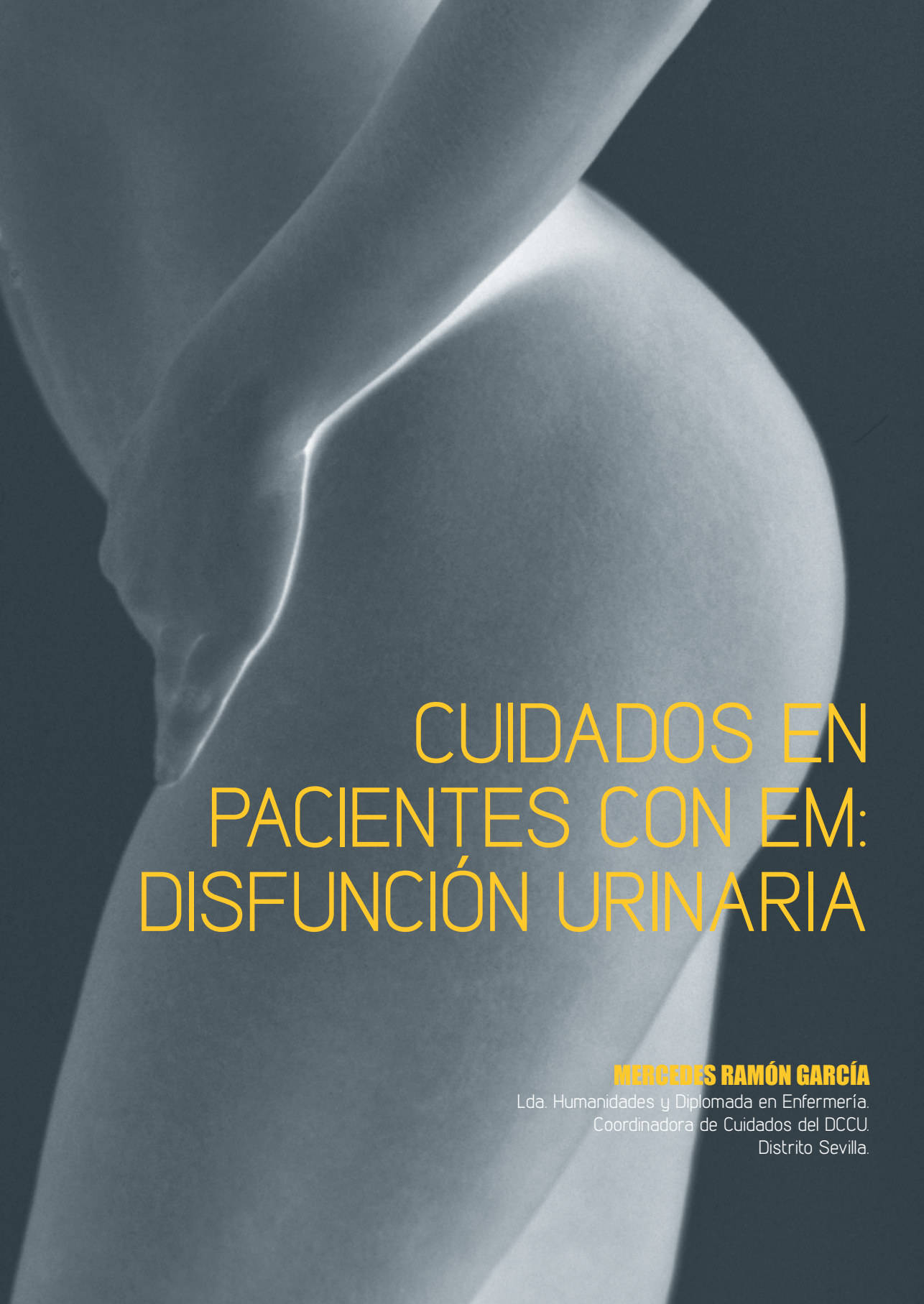
21. Zorzon M, Zivadinov R, Locatelli L, et al. ***Correlation of sexual dysfunction and brain magnetic resonance imaging in multiple sclerosis***. Mult Scler. 2003 Feb;9(1):108-10.

22. Zivadinov R, Zorzon M, Locatelli L, et al. ***Sexual dysfunction in multiple sclerosis: a MRI, neurophysiological and urodinamic study.*** J Neurol Sci. 2003 Jun 15;210(1-2):73-6.

23. Yang CC, Bowen JR, Kraft GH et al. ***Cortical evoked potentials of the dorsal nerve of the clitoris and female sexual dysfunction in multiple sclerosis.*** J Urol. 2000 Dec; 16(6):2010-3.

24. Mattson D, Petrie M et al: ***Multiple Sclerosis Sexual dysfunction and its response to medication.*** Arch Neurol, 1995; 52: 862-868.

25. Staerman F, Veilhan LA, Guiraud P et al. ***Dose adaptation Turing training of intracavernous self-injection of prostaglandina E1***. Prog Urol 1996 Aug-Sep; 6(4): 564-8.



CUIDADOS EN PACIENTES CON EM: DISFUNCIÓN URINARIA

MERCEDES RAMÓN GARCÍA
Lda. Humanidades y Diplomada en Enfermería.
Coordinadora de Cuidados del DCCU.
Distrito Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La función del sistema urinario es la de extraer los deshechos de la sangre y eliminarlos junto con los líquidos excedentes del organismo en forma de orina. Este líquido pasa a través de los uréteres hacia la vejiga urinaria, donde se almacena, para ser expulsado en su momento al exterior a través de la uretra mediante la micción.

La vejiga urinaria es una bolsa formada por tejido muscular. El conjunto de fibras musculares longitudinales que actúan como músculo único cuando se contrae para expulsar la orina hacia la uretra se llama detrusor. Cuando se contrae el esfínter externo que se encuentra en la unión de la uretra con la vejiga, la orina se mantiene dentro de la misma. El esfínter actúa bajo control voluntario, que se transmite mediante impulsos desde el cerebro a la vejiga, de manera que la persona controla cuándo quiere o no quiere orinar. Cuando la vejiga alcanza una capacidad de 250 a 500 ml, la persona tiene necesidad de orinar. Si decide hacerlo de forma voluntaria, la vejiga se contrae y el esfínter se abre, permitiendo salir el contenido acumulado. La frecuencia de la micción depende de la cantidad de líquido ingerido, pero generalmente se produce cada 3-4 horas.

DISFUNCIONES URINARIAS

Los trastornos urinarios en pacientes con EM se producen como consecuencia de la interrupción del impulso desde el cerebro a la vejiga, dando lugar a problemas para retener la orina, aumento de frecuencia, dificultades para iniciar la micción, retención urinaria, urgencia miccional, nicturia o disuria. Hay que considerar que en condiciones normales pueden existir síntomas urinarios en personas sanas (un 25 % de mujeres entre 30 y 50 años tienen dificultad para retener la orina sobre todo durante actividad física, al estornudar, toser o reír, en obesas, multíparas o en varones con problemas prostáticos), por lo que para un correcto diagnóstico se recomienda la realización de estudios urodinámicos.

Los síntomas urinarios en pacientes con EM pueden ser transitorios y estar relacionados con algún brote, pero lo habitual es que sean permanentes.

TIPOS DE TRASTORNOS

Problemas de la vejiga para almacenar la orina:
El músculo detrusor está sobreactivo y la vejiga se contrae de forma involuntaria a pesar de contener poca orina acumulada. El esfínter se abre de forma normal, dando lugar a un aumento de la frecuencia y urgencia de la micción:

- Urgencia miccional o imperiosidad (pérdida involuntaria de orina precedida por un intenso y súbito deseo de orinar, polaquiuria (orinar muchas veces poca cantidad), incontinencia urinaria.

Problemas en el vaciado de la orina:
Incapacidad de la vejiga para vaciar toda la orina que contiene. El esfínter está rígido o espástico y bloquea la salida hacia la uretra, impidiendo que la vejiga se vacíe por completo:

- Retención de orina, chorro débil o interrumpido, sensación de vaciado incompleto y tenesmo (deseo imperioso de orinar que obliga a hacerlo constantemente), infecciones urinarias debido al volumen residual que queda en la vejiga.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En todos los casos es imprescindible la consulta al médico para la realización de un diagnóstico correcto. Puede ocurrir que la sintomatología no tenga nada que ver con la EM, por lo que habrá que realizar una serie de actuaciones para identificar el problema y determinar la mejor manera de tratarlo:

• Historia del paciente: valorar los síntomas y el impacto de estos en la calidad de vida de cada paciente, de forma individual y personalizando cada caso.

• Exploración física: descartar infección urinaria, problemas ginecológicos, heces impactadas, problemas prostáticos, problemas de la musculatura perineal o de miembros inferiores.

• Pruebas complementarias: análisis y cultivo de orina, control de la orina residual, urografía, ecografía, exploración urodinámica para determinar la capacidad de retención de la vejiga y ver el funcionamiento del tracto urinario.

En todos los casos será el facultativo el que establezca de forma individualizada qué medidas tomar según cada paciente.

Una vez identificado el problema, el objetivo será el alivio de los síntomas derivados de la disfunción urinaria, la prevención de infecciones de las vías urinarias y preservar la función renal. El tratamiento debe ser flexible e individualizado, en función de las características de cada paciente, pero en todos los casos se valorará el tratamiento farmacológico, medidas conservadoras y rehabilitación.

CUIDADOS

• Evitar la ingesta de cafeína, alcohol, bebidas gaseosas o comidas especiadas.

• Ingesta moderada de líquidos (1 - 1,5 l al día).

• Tratamiento de la obesidad, estreñimiento o tos crónica.

• Eliminar las barreras físicas y adaptación del inodoro.

• Evitar hacer esfuerzos.

• Fortalecimiento de la musculatura pélvica:

– **Ejercicios Kegel:** consisten en relajar y contraer los músculos del suelo pélvico de forma repetida para conseguir fuerza y firmeza. Identificar los músculos perineales: cuando esté orinando sentada/o con el tronco ligeramente inclinado hacia delante y las piernas separadas, intente retener la salida de la orina.

• 1º ejercicio: vaciar la vejiga y contraer los músculos del suelo pélvico contando hasta 10. Relajar los músculos contando hasta 10 (repetir este ejercicio 10 veces por la mañana, tarde y noche).

• 2º ejercicio: tumbarse en el suelo con las rodillas flexionadas y la espalda totalmente pegada al suelo e intentar flexionar y relajar el músculo lo más rápido que se pueda hasta cansarse o durante dos o tres minutos.

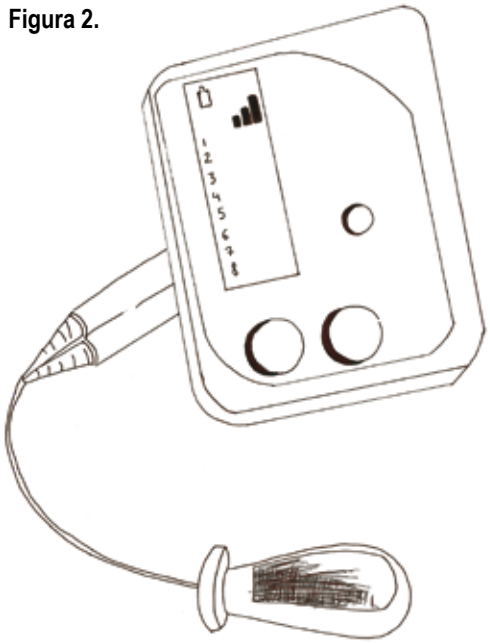
• 3º ejercicio: tumbarse en el suelo con las rodillas dobladas y los pies cara a cara, mantener los músculos del estómago y la vagina relajados, intentar contraer los músculos vaginales sin apretar las nalgas, contraer lentamente contando hasta diez. Se mantienen contraídos contando hasta diez y después se van relajando. Relajar lentamente y volver a empezar.

Los ejercicios deben hacerse durante diez minutos y para comprobar si están realizándose bien, después de unos cuantos días haciéndolos, se coloca un dedo entre los músculos de la vagina y al contraer se debe notar que la vagina comienza a estrecharse. A medida que el músculo se tonifica la fuerza será mayor.

Figura 1.

Conos vaginales.

Figura 2.



Estimulador eléctrico vaginal.

– **Cono vaginal (figura 1):** Dispositivo que se introduce en la vagina y mediante la contracción de los músculos del suelo pélvico se evita que el cono se mueva.

Se empieza introduciendo el primer cono que es el que pesa menos, como si fuese un tampón, y cuando conseguimos que no se caiga a la hora de estar de pié o caminar, seguimos con el siguiente hasta que consigamos que no se caiga. Debe mantenerse durante unos 15 minutos al día. No es necesario usar todas las medidas, ya que cada mujer tiene diferente fuerza muscular.

– **Terapia de estimulación eléctrica (figura 2):** estimulación de los músculos pudendos o sacros utilizando electrodos vaginales para inhibir la actividad del detrusor o para mejorar la musculatura del suelo pélvico. Se trata de transmitir pequeñas descargas eléctricas de bajo voltaje que provoquen la contracción de estos músculos realizando un ejercicio parecido al que se hace con los conos vaginales.

• Entrenamiento vesical: reeducar a la vejiga mediante la normalización de los intervalos de la micción. Se recomienda que el paciente orine a intervalos regulares sin esperar a que se presente la urgencia.

• Uso de absorbentes para la incontinencia urinaria (figuras 3 y 4): Existe gran cantidad de absorbentes en el mercado, pero utilizaremos el más adecuado en función del grado de incontinencia, complexión física y estado físico del paciente.

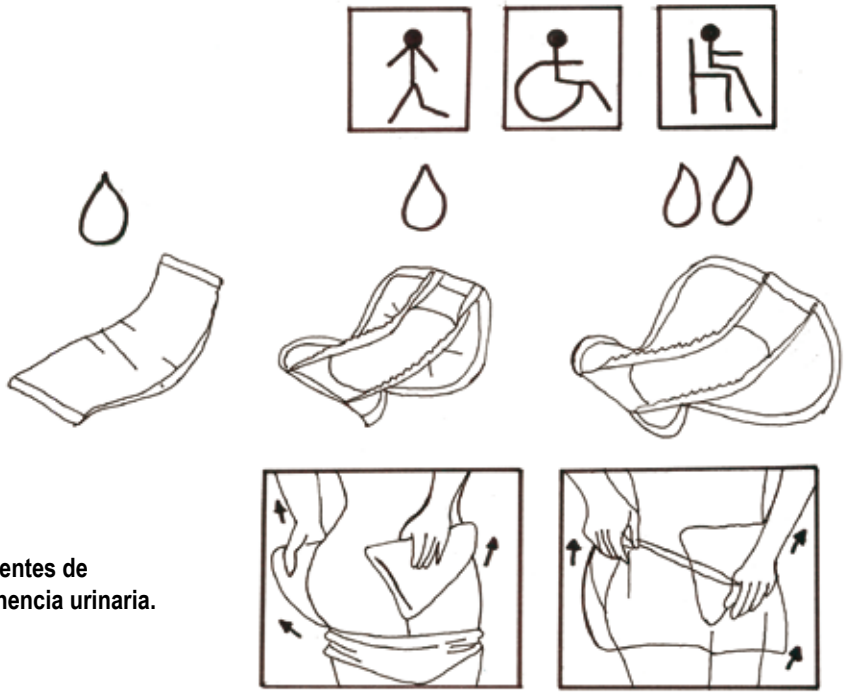
La elección del absorbente más adecuado se realiza en función del grado de incontinencia, de la complexión física y del estado físico en general.

Recomendaciones acerca de los absorbentes:

• Lavar las manos antes y después de cada cambio de pañal.

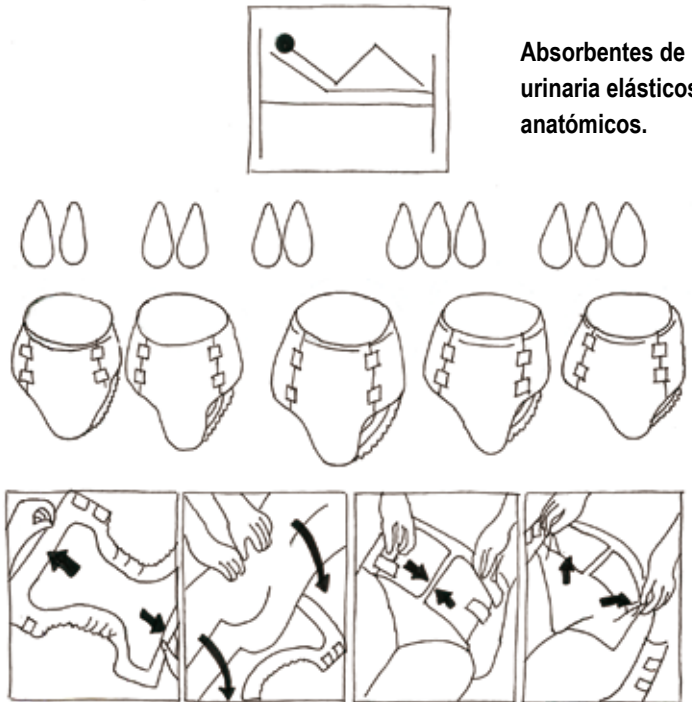
• Revisar los pañales con frecuencia y cambiarlos cuando sea preciso, comprobando el estado de la piel para prevenir úlceras.

Figura 3.



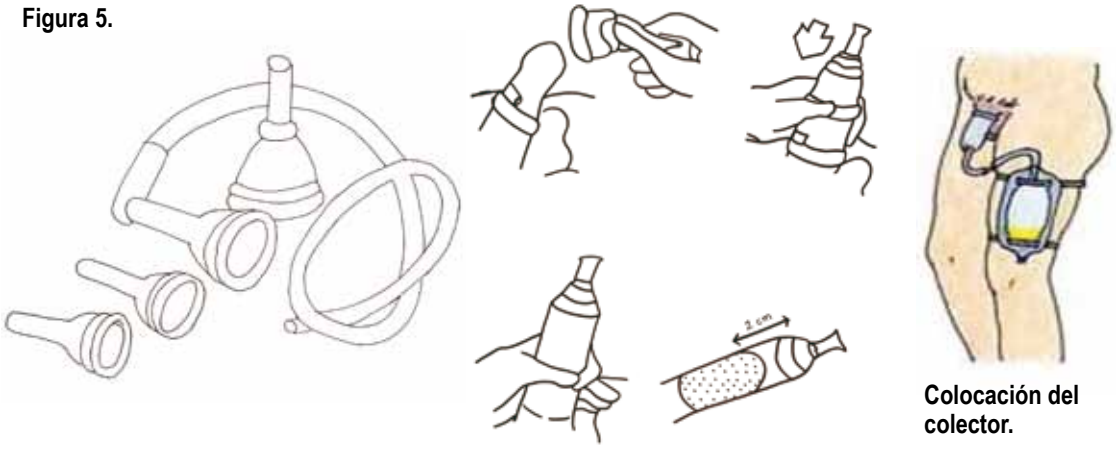
Absorbentes de incontinencia urinaria.

Figura 4.



Absorbentes de incontinencia urinaria elásticos, rectangulares y anatómicos.

Figura 5.



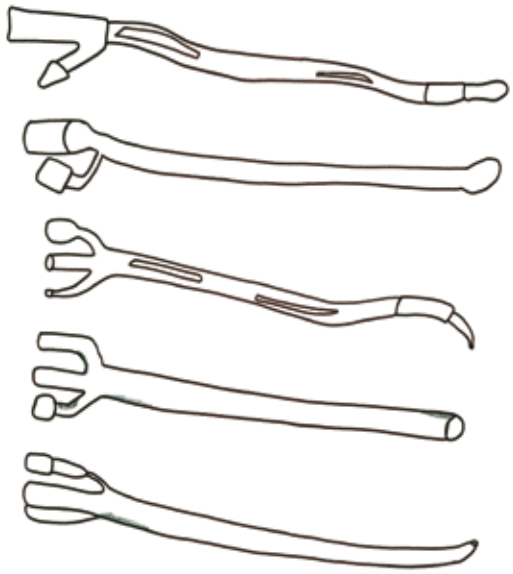
Colocación del colector.

• Mantener la zona limpia y seca, realizando higiene adecuada de la zona, para evitar el riesgo de infecciones e irritación de la piel.
• Evitar dobleces y desplazamientos del pañal. Las costuras de las mallas deben estar hacia fuera para evitar el roce con la piel. Es aconsejable el uso de ropas flojas y fáciles de abrir.
• Limpiar y secar muy bien la zona en cada cambio y utilizar cremas hidratantes. En las mujeres limpiar siempre desde delante hacia atrás, para evitar posibles infecciones. En los varones, retirar la piel que recubre el glande para lavarlo con agua abundante, pero sin secar. Al finalizar, devolver a su posición.
• Retirar el pañal por la parte posterior del cuerpo del paciente, y colocarlo por la parte delantera.
• Si tiene problemas de movilidad, asegurar un punto de apoyo. Si estuviera en silla de ruedas, apoyar el respaldo contra un punto de apoyo y frenarla para evitar desplazamientos.
• Asegúrese de que las costuras de las mallas que sujetan el pañal estén hacia fuera, así evitará que rocen o hagan presión sobre la piel.
• **Colectores (figura 5):** se utilizan como alternativa a los absorbentes y a las sondas vesicales. Son fundas de látex que se colocan en el pene y se conectan a una bolsa recolectora de orina. Favorece mayor autonomía del paciente.
• **Sondaje vesical (figura 6):** las sondas vesicales son tubos blandos que se introducen a través de la uretra hasta la vejiga con el objetivo de vaciar la orina. En el extremo proximal contienen un globo que se llena de suero fisiológico una vez introducido dentro de la vejiga, que hace que la sonda se mantenga fija y no se caiga. En el extremo distal tienen una abertura que se conecta a una bolsa de recogida de ori-

Figura 6.

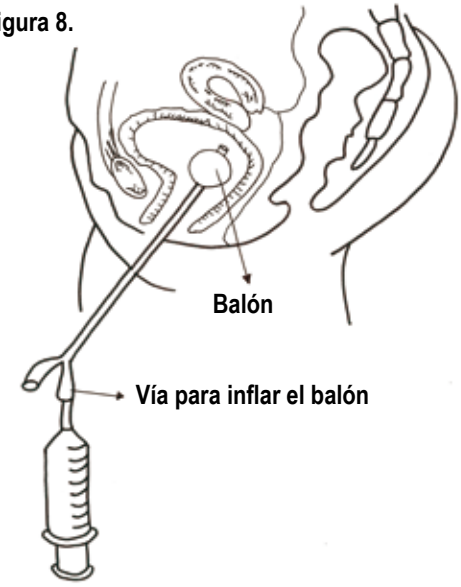
Sonda vesical.

Figura 7.



Tipos de sonda vesical.

Figura 8.



na o se puede taponar.

Hay varios tipos y tamaños (12 Fr., 14 Fr., 18Fr.,…) (figura 7). Las medidas habitualmente empleadas son los siguientes: 8 Fr. para los niños, entre 14 y 18 Fr. para los hombres y entre 16 y 20 Fr. para las mujeres. Están fabricadas con biomateriales poliméricos que pueden ser naturales como el látex o sintéticos como el cloruro de polivinilo (PVC), el teflón, la silicona, etc.

La sonda de látex es blanda y maleable y puede permanecer colocada hasta 45 días. La sonda de silicona es la más utilizada en sondaje permanente (dura 90 días). El PVC es más rígido y se tolera mejor que el látex, pero no es aconsejable en períodos largos. El látex y la silicona tienen mayor grado de adherencia bacteriana a la superficie del catéter, y es variable en el teflón y escasa adherencia en los catéteres con superficie hidrofílica.

La sonda vesical está indicada sólo en caso de estricto control de la diuresis, en pacientes con alteración del vaciamiento vesical, vejiga neurógena, o ausencia de apoyo adecuado de cuidadores. El personal que realiza la técnica debe de estar capacitado para su realización, así como disponer de las normas de uso del catéter, su inserción y el mantenimiento.

El sondaje puede ser permanente o intermitente:

- Sondaje permanente, con una duración mayor de 30 días, esta indicado en casos de pacientes crónicos con retención urinaria.
- El sondaje intermitente se realiza cada cierto tiempo (en general, cada 6-8 horas) y es el principal tratamiento de la incontinencia causada por daño medular o daño de los nervios que controlan la micción, y que producen incontinencia con mal vaciado de la vejiga. Consiste en la introducción de un catéter o sonda en la vejiga, a través de la uretra, para vaciarla de orina, siendo retirada inmediatamente después de alcanzar dicho vaciado. La frecuencia del sondaje dependerá del volumen de orina diario y de la capacidad de la vejiga (3-4 sondajes diarios) y, además del profesional sanitario, el paciente o sus cuidadoras/es pueden ser adiestrados para realizarlo en domicilio. Para

evitar infecciones, la sonda debe ser retirada lo antes posible.

Recomendaciones acerca del sondaje vesical:

• Lavado de manos antes y después de la manipulación de la sonda.

• Cuidados de higiene diaria sobre todo la zona genital. Después del lavado, movilizar la sonda en sentido rotatorio para evitar adherencias y úlceras. No hacer movimientos de dentro hacia fuera.

• No realizar movimientos violentos y evitar tirones de la sonda. Si hay que trasladar al paciente, pinzar la sonda recordando que hay que despinzarla una vez finalizado el traslado. Evitar pinzamientos de más de 2 horas.

• Vaciar la bolsa colectora cada 8, 12 ó 24 horas, evitando tocar el sitio de conexión o que la válvula de salida toque el suelo mientras se vacía la bolsa. Anotar las diuresis recogidas. La bolsa debe mantenerse a un nivel por debajo de la vejiga y colocada en el colgador, o fijada a la pierna del paciente, para evitar traumatismos, infecciones por reflujo y para asegurar una correcta evacuación.

BIBLIOGRAFÍA

Burguera-Hernández JA. ***Alteraciones urinarias en la esclerosis múltiple.*** Rev Neurol 2000; 30: 989-92.

Bagunyá-Durich J. ***Tratamiento de los trastornos de la micción en la esclerosis múltiple.*** Neurología 1996; 11: 182-91.

Conejero J, Sarrias F, Martínez Argulló E. ***Alteraciones miccionales.*** En Fernández O, ed. ***Esclerosis múltiple: una aproximación multidisciplinaria.*** Madrid: Arké; 1994. p. 53-70.

Nancy J. Holland, RN, EdD. ***Problemas del sistema urinario con Esclerosis Múltiple.*** National Multiple Sclerosis Society, 1999. Revisión y adaptación: Lluís Compte, Febrero 2003.

R. Terré-Boliart, F. Orient-López. ***Tratamiento rehabilitador en la esclerosis múltiple.*** REV NEUROL 2007; 44 (7): 426-431

María del Mar González Fernández-Conde Diplomada en Enfermería. Matrona. ***Ejercicios de Kegel Centro de Salud Garrido Sur.*** Salamanca

Jiménez Mayorga, I., Soto Sánchez, M. , Vergara Carrasco, L., Cordero Morales, J., Rubio Hidalgo, L., Coll Carreño, R. et al. ***Protocolo de sondaje vesical Hospital Regional Universitario Carlos Haya.*** SAS. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Biblioteca Lascasas, 2010.

V. Avellana-Moreno y A. de Castro-Lorenzo. ***Manejo de la incontinencia urinaria.*** JANO 5/11 MAYO 2006. N.º 1.607 .www.doyma.es/jano.

GUÍA DE INCONTINENCIA URINARIA

CRISTINA SÁNCHEZ PALACIOS
ALMUDENA RAMÍREZ CABRALES
Fisioterapeutas de la Asociación Sevillana de Esclerosis Múltiple (ASEM).

INTRODUCCIÓN

La fisioterapia es una de las ciencias de la salud que busca alcanzar el desarrollo adecuado de las funciones de los distintos sistemas corporales. Tiene un papel fundamental en el ámbito de la prevención para el óptimo estado general de la salud.

Los beneficios de esta rama sanitaria son aplicables en una amplia gama de especialidades médicas, por lo que esta disciplina sanitaria no sólo abarca el buen funcionamiento de la cinética o movimiento corporal (siendo esta aplicación, la más conocida "traumatología y ortopedia") sino que tiene muchísimas posibilidades de actuación tales como neurología, geriatría, cardiología, ginecología, oncología y un largo etcétera; haremos especial mención en el campo de la urología y más concretamente en las disfunciones del suelo pélvico, donde se incluye la incontinencia urinaria.

Esta disfunción se define como, la pérdida voluntaria de orina a través de la uretra objetivamente demostrable y que se produce en un lugar inadecuado, acarreando un problema social e higiénico. La incontinencia urinaria afecta a ambos sexos, con predominio femenino teniendo una gran incidencia en la población generando problemas de salud deteriorando la calidad de vida, autonomía, vida social, laboral, sexual de la persona que la padece.

En esta patología de la micción, la fisioterapia alcanza uno de los primeros puestos en los tratamientos de elección. Debido a los óptimos resultados obtenidos con las técnicas fisioterápicas, es de vital importancia que la población sea informada de los beneficios que aporta la reeducación del suelo pélvico en la incontinencia urinaria.

PREVALENCIA

La prevalencia de la Incontinencia Urinaria en España varía en función de la edad y el sexo. Aumenta con la edad y es más frecuente en la mujer que en el varón, entre dos y cuatro veces más común. Según estudios recientes se puede estimar una prevalencia global para la mujer de un 24% (más de 5 millones de mujeres), aumentando al 30-40% en las mujeres de mediana edad y de hasta un 50% en las mujeres ancianas. En el varón, la prevalencia global estimada es del 7% (casi 1,5 millones de hombres), pudiendo alcanzarse en personas mayores de 65 años el 14-29%, llegando a ser más del 50% en personas mayores de 85 años.

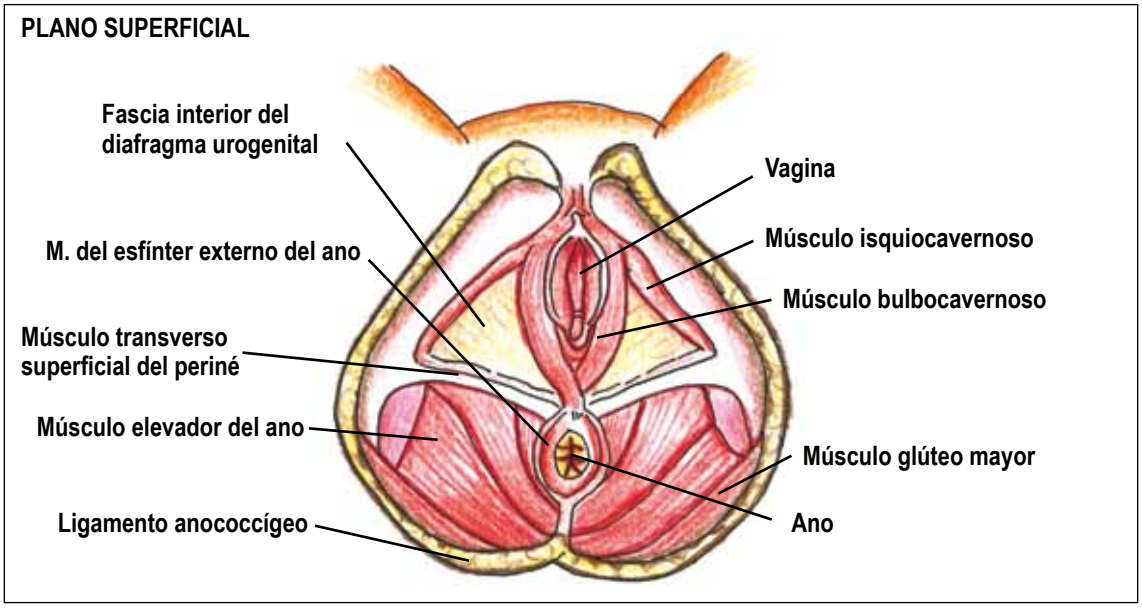
RECUERDO ANATÓMICO DEL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico es un conjunto de estructuras que cierran en forma de rombo o diamante el estrecho inferior de la cavidad abdomino-pelviana. Los elementos que componen son:

– Cuatro huesos: los dos ilíacos, el sacro y el coxis.

– Cuatro articulaciones: 2 sacroilíacas, la sacrocoxígea y la sínfisis pubiana con respectivos ligamentos.

– Ligamentos: el útero-sacro que se origina en el útero y se inserta en S1-S2-S3, el que va del pubis a la parte anterior de la vejiga (ligamento pubovesical) y el ligamento anocoxígeo.



– Musculatura distribuida en tres planos:

• **Plano Superficial** formado los músculos:

– Bulbo-cavernoso: con origen en la parte inferior de la sínfisis púbica e inserción en el núcleo fibroso central. Tiene la función de mantener la erección del clítoris.

– Isquiocavernoso: con origen en el isquion e inserción el ligamento suspensorio del clítoris. Su función es mantener la erección.

– Transverso superficial: con origen en el rafe tendinoso del periné e inserción en las tuberosidades isquiáticas.

– Esfínter estriado (externo) del ano: por fuera del canal anal.

El conjunto de la musculatura de este plano superficial no interviene en la continencia urinaria.

• **Plano Medio:**

– Esfínter estriado (externo) de la uretra: tiene la función de cierre activo y pasivo. Éste músculo es esencial en la continencia urinaria.

– Transverso Profundo: es un músculo simétrico. Con origen en el pubis y rama isquio-pubiana e inserción en el centro tendinoso. Su trayecto es transversal en un plano casi horizontal. Su función es de sostén visceral, sobre todo para la base vesical, y participa en la erección.

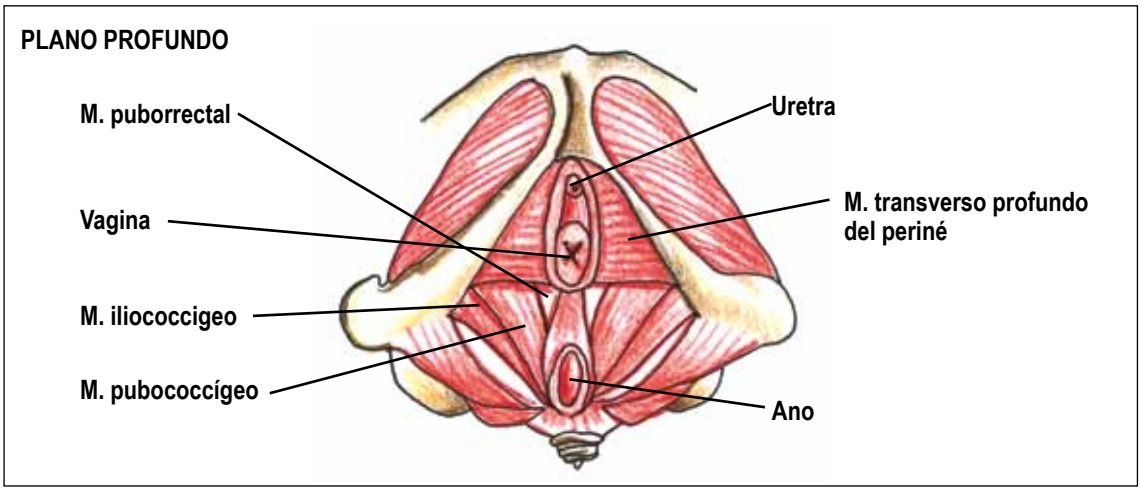
• **Plano Profundo** a su vez dividido en:

– Parte Anterior: compuesta por, el pubovaginal con origen en el 1/3 inferior de la vagina y la atraviesa e inserción en el núcleo central fibroso y, el puborectal con origen en el pubis e inserción en el canal rectal.

– Parte Posterior: compuesto por el elevador del ano formado a su vez por tres fascículos, el pubo-coxígeo con origen en el ligamento ano-coxígeo e inserción en el pubis, el íleo-coxígeo con origen en la espina isquiática e inserción en el borde externo del cóccix y el isquio-coxígeo, con origen en la espina isquiática e inserción en el borde externo del coxis.

El elevador del ano es la musculatura esencial para el fisioterapeuta, por medio de la que se desarrollan las cualidades musculares del suelo pélvico.

El suelo pélvico está formado en un 70% por tejido conjuntivo y en un 30% por musculatura, de ese porcentaje el 80% corresponde a fibras tipo I y el 20% restante a fibras tipo II. Los múscu-



los del periné son parietales, es decir, de inserción blanda y su función principal es la de sujeción.

– Fascia endopélvica: es un revestimiento conjuntivo laxo y denso de elasticidad variable, que periféricamente se inserta en los huesos de la pelvis, la cubre por dentro y de una manera adventicia a la vejiga, al recto, a la vagina, a la porción externa supravaginal del cérvix y al istmo uterino.

– Vísceras: vejiga, cuello vesical, vagina, útero y recto.

– Arterias y venas pudendas.

– Nervio pudendo.

– Vasos linfáticos.

La reeducación del suelo pélvico abarca cuatro campos de actuación:

• **Urología:** en este campo se trata la patología de la micción: incontinencia urinaria, eneuresis, patología prostática, prolapsos de los órganos internos de la mujer, etc. Trataremos con detenimiento la incontinencia urinaria.

• **Ginecología y obstreticia:** prevención y aspectos terapéuticos del embarazo, parto y post-parto, además de los trastornos de la menstruación.

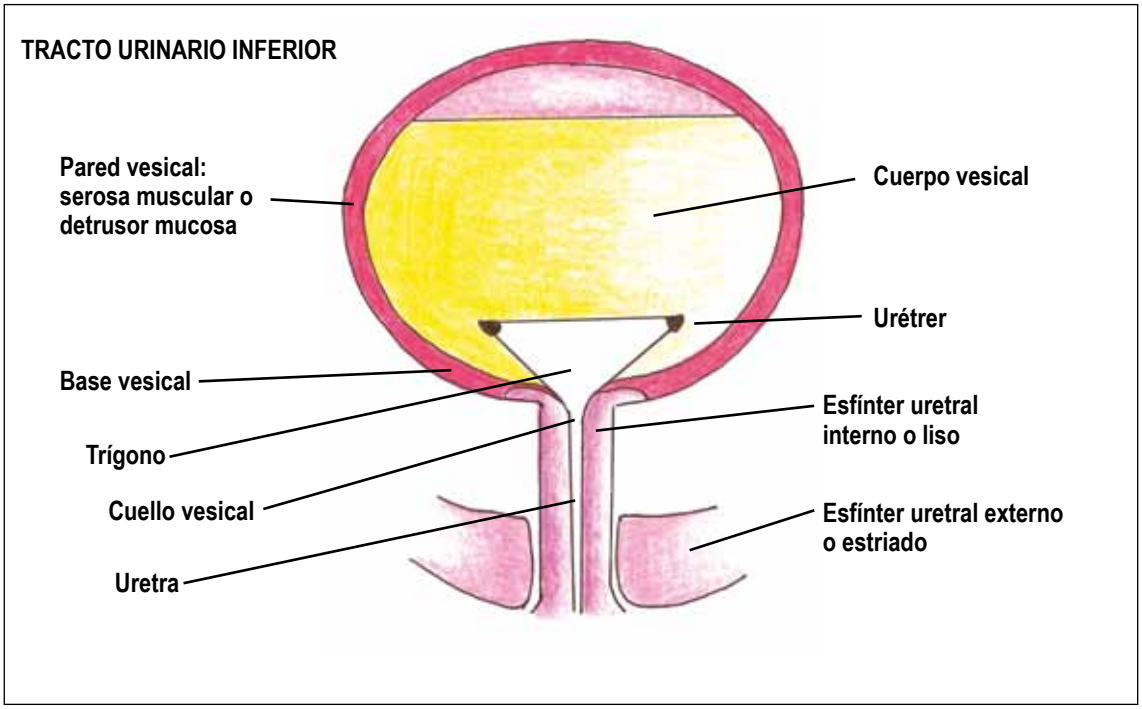
• **Coloproctología:** incluirá la reeducación de las patologías del recto y del ano: incontinencia fecal, estreñimiento,…

• **Fisiosexología:** En este campo se tratarán las disfunciones sexuales femeninas tales como la frigidez, el vaginismo, etc., y las masculinas entre las más frecuentes la disfunción eréctil y la eyaculación precoz.

RECUERDO ANATÓMICO DEL APARATO URINARIO

La vejiga urinaria se encuentra situada en la pelvis, apoyada sobre el pubis y la porción adyacente del suelo pelviano, en relación con el diafragma urogenital. Una gran pared muscular formada por varias capas de músculo liso entremezcladas que, en conjunto reciben el nombre de músculo detrusor, tapiza todo el cuerpo vesical, continuándose por el cuello de la misma hasta la uretra.

La uretra es un tubo elástico unido a la vejiga formando una angulación denominada ángulo uretrovesical posterior, que posee un revestimiento muscular liso longitudinal y también muscular estriado circular. Este último,



en parte (sexo masculino) ó en prácticamente toda su extensión (sexo femenino).

Funcionalmente la vejiga actúa como órgano almacenador debido a su capacidad para distenderse sin aumento de presión. También actúa como órgano expulsor de la orina contenida en su interior mediante la contracción del músculo detrusor, mientras que la uretra garantiza el paso de la orina desde la vejiga al exterior y posee una importante función esfinteriana. En el caso de la mujer toda la uretra contribuye al mantenimiento del sistema esfinteriano mientras que en el hombre sólo la porción prostática tiene esta misión.

INERVACIÓN DEL APARATO URINARIO

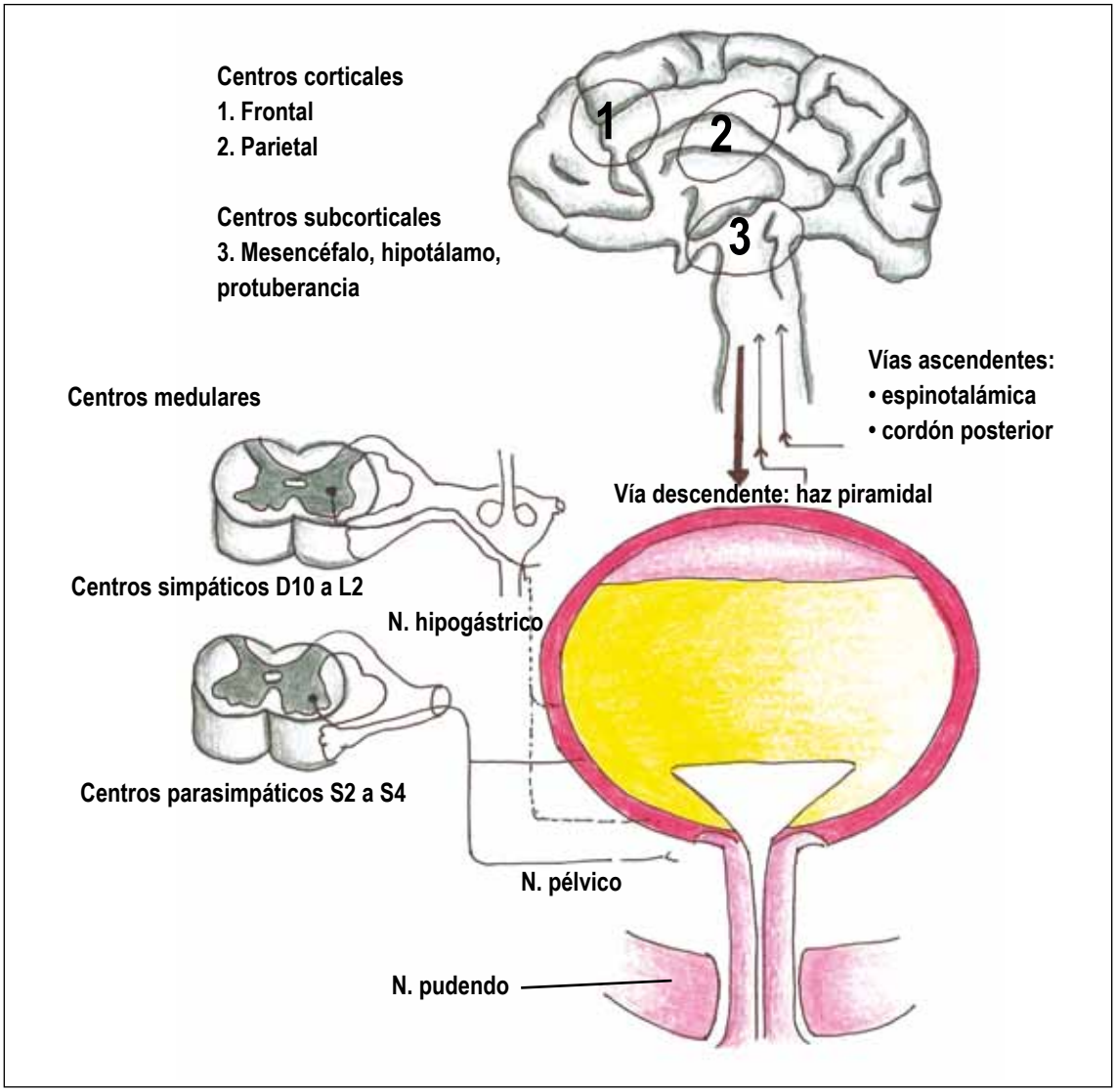
El aparato vesicoesfinteriano recibe una doble inervación: vegetativa (simpática y parasimpática) y somática.

El centro simpático está localizado en la columna intermediolateral de la médula dorsolumbar, de D10 a L2, constituyendo el nervio hipogástrico cuya función es inhibir al músculo detrusor y contraer al esfínter uretral interno. El sistema simpático es el sistema de llenado vesical.

El centro parasimpático está localizado en la columna intermediolateral de la médula sacra a nivel de S2, S3 y S4. De éste parte el nervio pélvico, cuya función es la de contraer al músculo detrusor de la vejiga. Así pues, el parasimpático asegura la evacuación vesical, es decir, la micción.

El centro somático está situado en las astas anteriores de la médula sacra, S2, S3 y S4. El nervio pudendo es el encargado de inervar la musculatura estriada del suelo pélvico.

En el control de la micción también inter-



viene una serie de centros superiores cerebrales. A nivel cortical, el centro principal está en el área frontal (su acción sería inhibidora de la micción). A nivel subcortical son numerosos los centros que participan en el control miccional (hipotálamo, tálamo, núcleo rojo,…) donde la resultante de su acción es la inhibición de la micción. A nivel del tronco cerebral, el centro más importante está en la protuberancia y es activador, pero recibe influencias corticales inhibidoras y la resultante de su acción sobre los centros subyacentes es inhibidora.

El córtex o área motora del detrusor y el núcleo pontino son los responsables del control consciente y voluntario de la micción. De igual manera, existen otras áreas cerebrales involucradas en los reflejos de la continencia y la micción, las cuales pueden tanto interconectarse entre sí, como enviar proyecciones a los núcleos medulares.

FISIOLOGÍA DE LA MICCIÓN NORMAL

La orina se forma en los riñones y se vacía a través de los uréteres a la vejiga. Normalmente no notamos la vejiga, pero cuando está llena de orina, puede advertirse una sensación de plenitud cerca de la línea media por encima de la pelvis. La uretra libera la orina a la vejiga. En los hombres la uretra pasa por la próstata, que puede causar con la edad, obstrucción y vaciado inadecuado de la vejiga.

Existen fundamentalmente dos circuitos básicos de funcionalismo vesico-uretral en la regulación neurofisiológica de la micción:

1. Automatismo vesicoesfinteriano: el aumento de la cantidad de orina contenida en la vejiga provoca distensión y estimulación de receptores sensitivos, información que por vía aferente llega hasta los centros medulares. La respuesta motriz subsiguiente es dual y simultánea y se caracteriza por el inicio de las contracciones del detrusor y por la relajación del sistema esfinteriano, ocurriendo por tanto el vaciado vesical completo.
2. Control voluntario de la micción: el estímulo de distensión, transmitido a los centros superiores corticales hace que el cerebro envíe un mensaje de retorno a través de la médula espinal y por un medio periférico, el nervio pudendo, al esfínter externo. El esfínter externo es un músculo esquelético o voluntario, como cualquier otro músculo de nuestros brazos o piernas, que podemos mover simplemente con el pensamiento. Si estamos cerca de un lavabo y tenemos tiempo de orinar, el cerebro manda un mensaje al esfínter externo para que se relaje y se produzca el vaciado. Si no estamos cerca de un lavabo, o el momento no es el apropiado, el cerebro envía un mensaje al esfínter externo para mantener la contracción.

La integración de esta información a través del sistema vegetativo y somático permite:

– Inhibir las contracciones del detrusor ya iniciadas, retrasando voluntariamente la micción (hasta el límite de la capacidad vesical).
– Interrumpir la micción ya iniciada, actuando sobre el músculo estriado, voluntario, del esfínter.

La existencia de estos centros permite así mismo el inicio de la micción voluntaria aún sin llenado vesical completo, actuando sobre el músculo detrusor, inicio de contracciones, o sobre el esfínter, relajación del mismo.

FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

La calidad de la continencia y de la micción es el resultado de un equilibrio entre las fuerzas de expulsión y las de retención. Las fugas aparecen cuando las fuerzas de expulsión desbordan a las fuerzas de retención.

En la mujer, las fuerzas de retención pueden resultar más vulnerables y frágiles que en el hombre: una uretra corta, un suelo pélvico sometido a traumatismos obstétricos y la edad con la consecuente aparición de la menopausia y sus desajustes hormonales, que participan de manera significativa en la disminución progresiva de las fuerzas de retención. Las fuerzas de retención son activas y pasivas.

Se clasifican dentro de las fuerzas de retención activas a la presión uretral y a la actividad tónica de los esfínteres liso y estriado. La musculatura lisa es independiente de la voluntad. La musculatura estriada si es dependiente de la voluntad; la contracción voluntaria puede aumentar la presión uretral.

La reeducación sólo puede actuar sobre las fuerzas de retención activas dependientes de la voluntad (la musculatura estriada del suelo pélvico).

Las fuerzas de retención pasivas constituyen la resistencia uretral, que agrupan el conjunto de fuerzas que se oponen al paso de la orina. Son muchos los factores que intervienen en la aparición de estas fuerzas obstructivas: la posición y la configuración del cuello vesical, la elasticidad uretral, además del componente vascular que es hormonodependiente, lo cual explicaría las variaciones de presión uretral en función del ciclo, pero también los períodos de riesgo del post-parto y la menopausia.

Las fuerzas de expulsión son dos: la hiperpresión abdominal causada por la tos, la risa, el estornudo, el transporte de cargas o cualquier esfuerzo; la fisioterapia se opone a la hiperpresión abdominal desarrollando las cualidades de la musculatura del suelo pélvico, y enseñando a la paciente a utilizar dicha musculatura durante los esfuerzos.

La contracción vesical es la segunda fuerza de expulsión y aumenta la presión intravesical de 30 a 60 cm de H2O. Ésta contracción se acompaña siempre de una relajación del esfínter.

En las vejigas neurógenas no existe este equilibrio vesicoesfinteriano. Se pueden distinguir cuatro esquemas:

• Vejiga hipertónica y resistencias uretrales débiles que conducirán a fugas casi permanentes en todas las circunstancias.
• Vejiga atónica y resistencias uretrales débiles que conducirán a fugas moderadas ligadas al esfuerzo.
• Vejiga atónica y resistencias uretrales que conducirán a la retención.
• Vejiga hipertónica y resistencias uretrales elevadas que conducirán a un reflujo uretral con riesgo para el riñón.

TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA

Clasificación por presentación clínica:

Incontinencia urinaria de esfuerzo: se caracteriza por la pérdida involuntaria de orina, a través de la uretra, provocada por el aumento de presión intraabdominal que, trasmitida a la vejiga, supera la presión de cierre.

Características:

– No existen contracciones del detrusor.
– El paciente orina al toser, reír, levantar peso…
– Un factor decisorio es la pérdida del ángulo uretro-vesical y la alteración del diafragma pélvico.
– La presión intravesical es mayor que la presión uretral.
– Fallo en los mecanismos de resistencia uretral.
– Se trata del tipo más frecuente en mujeres.

Incontinencia urinaria por urgencia: consiste en la pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte e imperioso deseo de orinar. Se distinguen dos modalidades:

– Por urgencia motora: producida por la presencia de contracciones no inhibidas del detrusor. Suele estar presente en enfermedades neurológicas aunque puede aparecer en ausencia de enfermedad neurológica franca.
– Por urgencia sensitiva: la existencia de procesos inflamatorios, infecciosos, tumorales o litiásicos en la vejiga, provocan una hipersensibilidad sensorial tanto vesical como uretral, dando lugar a que aparezca vaciamiento sin contracción real del detrusor, y ante pequeños volúmenes.

La incontinencia urinaria por urgencia da lugar a la vejiga neurogénica, que consiste en algún tipo de disfunción en la vejiga, provocada por un trastorno o lesión neurológica. La lesión puede situarse en el cerebro, la médula espinal o los nervios que se dirigen hacia la vejiga, su orificio de salida o esfínter (la abertura de la vejiga hacia el interior de la uretra) o am-

bas. Puede que la vejiga se vacíe muy frecuentemente, no con la frecuencia necesaria o sin coordinación. El modo en que se comporten la vejiga y esfínteres depende de la ubicación del trastorno neurológico y en el grado de su enfermedad o lesión.

Los trastornos o lesiones neurológicos también pueden hacer que los esfínteres urinarios funcionen incorrectamente. Puede que no se cierren o abran en el momento adecuado, o puede que no se cierren del todo.

Los tipos de trastornos de la vejiga neurogénica:

–Vejiga fláccida o atónica: sucede tras una lesión aguda en la médula espinal afectando a los nervios locales que estimulan la vejiga. La vejiga se llena de orina pero la persona no siente la necesidad de orinar o simplemente la vejiga no se puede contraer por lo que la orina no puede salir, lo cual resulta en retención urinaria o incapacidad para vaciar la vejiga.

Debido a que una vejiga en baja actividad, por lo general, no llega a vaciarse, se dilata hasta volverse muy grande. Esta dilatación generalmente no es dolorosa, porque la vejiga se expande lentamente y tiene muy poca o ninguna actividad nerviosa local. En algunos casos, la vejiga permanece aumentada de tamaño pero pierde pequeñas cantidades de orina de manera constante (incontinencia por rebosamiento). Las infecciones de la vejiga son frecuentes en las personas que tienen una vejiga en baja actividad, dado que el estancamiento de orina residual en ella proporciona las condiciones para estimular el crecimiento de bacterias. Se pueden formar cálculos en la vejiga, particularmente cuando una persona sufre de infección crónica de la vejiga que obliga a la colocación permanente de una sonda. Los síntomas de una infección de la vejiga varían dependiendo del grado de la actividad nerviosa que resta.

– Vejiga espástica o reflexiva: sucede cuando existe una lesión de la médula espinal sobre el nivel de S2-S4 o en el cerebro (TCE, Esclerosis Múltiple,…), produciéndose una interrupción del control normal de la vejiga. El resultado es una evacuación frecuente e incontrolada debido a espasmos de la vejiga y a una falta de sensación.

La vejiga se vacía con demasiada frecuencia. El cuerpo no es capaz de almacenar tanta orina como debiera, y la vejiga se vacía más frecuentemente que una vejiga sana. Esto puede causar nicturia (orinar más de una vez en la noche), urgencia (un fuerte deseo de orinar) y frecuencia (evacuar más de 8 veces en 24 horas).

Con frecuencia, estas lesiones al inicio hacen que la vejiga se vuelva fláccida durante días, semanas o meses (fase de shock). Posteriormente, se vuelve hiperactiva y se vacía sin un control voluntario.

– Vejiga desinhibida: frecuencia y urgencia resultantes de cambios en el cerebro. Esto se puede deber a enfermedades tales como apoplejía, lesión en la cabeza o Esclerosis Múltiple.

– Vejiga paralítica sensitivomotora: incapacidad de vaciar la vejiga debido a un daño en el sistema nervioso periférico. Se puede deber a enfermedades como diabetes mellitus o cirugía pélvica extensiva.

Cuando existe una vejiga hipoactiva o hiperactiva, la presión y el reflujo de la orina desde la vejiga por los uréteres pueden lesionar los riñones.

En las personas que tienen una lesión de la médula espinal, la contracción de la vejiga y la relajación de su salida (esfínter) puede que no estén coordinadas, de modo que la presión en la vejiga permanece elevada y no deja que la orina salga de los riñones.

Incontinencia urinaria mixta: sería una combinación entre la incontinencia urinaria de esfuerzo y la de urgencia.

Por su etiología es frecuente en personas ancianas en las que la incontinencia tenga un origen neurológico asociado con patología degenerativa a nivel de SNC, tipo Alzheimer, Parkinson, demencia senil, ACV,…

Se caracteriza por la eneuresis nocturna a la que se le atribuye una causa neurológica, con perturbación de la función cerebral así como de otros factores: ansiedad, alteración de algunas fases del sueño, etc.

Incontinencia urinaria por rebosamiento: se caracteriza porque la emisión de orina se produce cuando la presión intravesical excede a la presión de cierre. Casi siempre secundaria a retención urinaria de causalidad múltiple, entre ellas podemos citar como causa orgánica los tumores prostáticos y como causa funcional la disinergia vesicoesfinteriana.

Incontinencia urinaria total: se presenta como goteo continuo. Debemos valorar si el paciente es consciente de la misma, en cuyo caso sería una incompetencia total del esfínter, o bien si es inconsciente, consecuencia en este caso de deterioro mental severo.

Clasificación clínicoetiológica

Incontinencia urinaria transitoria: aparece como una complicación aguda sobre una enfermedad de base que produce un equilibrio inestable de los mecanismos de continencia. Las causas más frecuentes son:

– cambios ambientales bruscos (de domicilio, institucionalización,…);
– procesos psicológicos (depresión, carencias afectivas,…);
– situaciones de encamamiento;
– síndrome confusional agudo;
– impactación fecal;
– fármacos: hipnóticos, anticolinérgicos, sedantes, diuréticos,…

Incontinencia urinaria permanente: puede aparecer como consecuencia de una forma transitoria o bien serlo de inicio por una enfermedad o lesión que provoca alteraciones irreversibles.

FACTORES QUE CONDICIONAN LA INCONTINENCIA URINARIA

• La sobredistensión vesical que se produce por el retraso voluntario del deseo miccional. Dado que el acto fisiológico en la mujer es más incómodo que en el hombre, la mujer hace caso omiso sobre la conveniencia del vaciado oportuno. Esto repercutirá negativamente sobre las terminaciones nerviosas del urotelio, produciendo microlesiones a ese nivel.

• La importancia del suelo pélvico. El logro de la bipedestación en el hombre ha exigido que lo que realmente estaba estructurado para "contener" tenga que actuar para "sostener". A este sobreesfuerzo exigido durante la bipedestación se le añade el impacto que recibe de las diferentes fuerzas que gravitan sobre él:

– Peso de las vísceras abdominales.
– Presión producida por faja, pantalones ceñidos, etc.
– Deporte indiscriminado.
– Los partos, embarazos y menopausia producirán cambios importantes en la estructura del aparato genitourinario femenino:

> Se produce distensión a nivel del músculo, lo que provocará la pérdida de la competencia contráctil del mismo.
> Se producirán desgarros a nivel de:
    > Fascias del diafragma pélvico.
    > Inserción de la fascia endopélvica a nivel del recto, vagina y uretra.
    > Ligamentos puborectales.
    > Miofibrillas.
> Filetes nerviosos.

SEXUALIDAD E INCONTINENCIA

La incontinencia puede afectar a la sexualidad y la confianza de una persona de varias maneras:

– Pérdida del control de la vejiga urinaria acompañada de sentimientos de ser menos masculinos o femeninos.

– El miedo a tener una pérdida durante los momentos de intimidad puede crear ansiedad.

– La preocupación de un contacto sexual con los dispositivos urinarios puede afectar la confianza.

Estas preocupaciones pueden permanecer ocultas, pero hay algunos temas de la incontinencia que no pueden ser resueltos por una pareja. La solución de este problema requiere la comunicación entre ambos, pero la mayoría de las personas con incontinencia les resulta difícil entablar una conversación acerca del sexo con su pareja.

Muchas veces, hombres y mujeres sienten vergüenza al hablar de la incontinencia con su médico. Para muchos, es más difícil aún plantearse sus dudas sexuales. Muchos médicos y enfermeras aprenden a tratar esos temas. Los médicos de cabecera, los urólogos, los psiquiatras (especializados en incapacidades físicas) y los gerontólogos (especialistas en el cuidado de personas mayores) suelen encontrarse con que se le plantean dudas sexuales. No se tiene que tener miedo de asombrar a dichos especialistas y de pensar que es la única persona con problemas sexuales.

Realmente, casi todas las personas que han perdido el control de su vejiga tienen preguntas que hacer sobre éste tema, y muchos profesionales de la salud se anticiparán a sus preguntas. Por desgracia, muchos profesionales temen ofender al paciente y no le preguntan sobre esta parte de su vida. Pero si el paciente plantea una pregunta, generalmente le ayudaran y guiaran hacia la persona experta.

Veamos algunas de las preocupaciones que experimentan algunos pacientes y cómo enfocarlas:

– Pueden producirse pequeñas pérdidas de orina durante la excitación o el acto sexual, sobre todo en mujeres. Si se padece una debilidad de los músculos del fondo de la pelvis (los que se hallan entre los órganos sexuales, la parte inferior de las nalgas, y el área anal) los ejercicios de Kegel pueden ser una ayuda. Los hombres pueden ponerse un preservativo para recoger la pequeña cantidad de orina que puedan perder.

– La incontinencia de grandes cantidades de orina crea sentimientos de vergüenza a la mayoría de las personas. Tener la comprensión de la pareja minimiza la preocupación sobre la posibilidad de que ello ocurra. Es necesario estar preparado, proteger las sábanas con toallas o salvacamas, tener tollas o toallitas húmedas a mano para ayudar a limpiar a su pareja y a sí mismo. Quizás puede prevenirlo tomando algunas precauciones como, vacíe su vejiga antes del acto sexual y evite beber una hora antes de tener relaciones sexuales, si a pesar de ello tiene incontinencia y le preocupa el hecho de poder trasmitir una infección urinaria, dígale a su pareja que orine inmediatamente, se lave el área genital bien y beba varios vasos de agua para lavar cualquier bacteria que pueda haber entrado en la vejiga.

En resumen, la incontinencia no es un impedimento para tener una vida sexual satisfactoria. Puede implicar una serie de trabas, pero las barreras pueden superarse con imaginación y unas sencillas técnicas. El desarrollo de una buena comunicación y de una actitud totalmente abierta hacia la sexualidad ayuda a afrontar los problemas relacionados con la incontinencia en lo que se refiere a las relaciones sexuales.

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA INCONTINENCIA URINARIA

Es una terapia no invasiva, de bajo o nulo riesgo, sin efectos secundarios, que debe ser tenido en cuenta como la primera línea de tratamiento para los problemas de incontinencia.
Este tratamiento reeducador lo constituyen una serie de técnicas encaminadas por un lado a desarrollar la musculatura perineal y por otro a modificar los hábitos miccionales del sujeto favoreciendo su autocontrol sobre el propio ciclo continencia-micción.
Existen una serie de contraindicaciones:
– Pacientes con marcapasos o cardiopatía severa.
– Reflujo vesicouretral, nefropatía,…
– Residuo postmiccional superior a 100cc.
– Infección urinaria o vaginal de repetición.
– Enfermos de cáncer, tumores intrapélvicos.
– Denervación total del suelo pélvico.
– Vejiga de baja acomodación.
– Incontinencia urinaria por obstrucción uretral.

El tratamiento fisioterápico de la incontinencia urinaria comprende principalmente la electroestimulación de la musculatura pélvica, la cinesiterapia, la modificación de conductas y el biofeedback, técnicas cuyos parámetros se modifican en función del tipo de incontinencia, aunque existen una serie de normas generales para dicho tratamiento:
– *Información/educación:* es la clave para la colaboración y la perseverancia del paciente en el tratamiento; le daremos una serie de claves:
• Explicar qué tipo de incontinencia padece.
• Los medios de que disponemos para tratar de mejorar la situación.
• Modificar hábitos incorrectos, perjudiciales para los objetivos que queremos alcanzar.
• Utilizar un lenguaje sencillo, accesible, evitando tecnicismos.
• Asegurarnos que tanto el paciente como su familia y cuidadores, han comprendido en especial lo referente a la modificación de hábitos de conducta.
• Evitar que la incontinencia sea tabú; es preciso hablar de ello, que el paciente vea que puede exponernos sus dudas y preguntas.
• Informar sobre materiales absorbentes, higiene, condiciones de la vivienda, prendas de vestir adecuadas,… en definitiva, de aquellos detalles prácticos que facilitan y mejoran la calidad de vida.
– *Apoyo psicológico/motivación:* la incontinencia urinaria conlleva siempre un sentimiento de vergüenza y una autoestima muy baja, por lo que debemos ser capaces de reforzar aquellos mecanismos emocionales y psicológicos que permitan al paciente y a su familia, mantener la motivación y perseverancia para llegar hasta el final del tratamiento, sobre todo si son procesos a medio y largo plazo (varios meses). También es importante establecer metas fácilmente alcanzables, avanzar a pasos pequeños lo que motivará más al paciente y le involucra en su recuperación.
– *Seguimiento:* es básico establecer una pauta para el control y adecuado seguimiento del paciente y del trabajo realizado; requiere el apoyo y la supervisión permanentes del fisioterapeuta.

Debe llevarse a cabo no sólo sobre el enfermo, sino también sobre los familiares que lo tienen a su cargo, sobre los que probablemente recaerá la responsabilidad si el tratamiento es domiciliario, por esto la reeducación domiciliaria se desaconseja aunque exista el soporte tecnológico necesario para llevarla a cabo.

TÉCNICAS FISIOTERAPÉUTICAS EN LA INCONTINENCIA URINARIA

A) Terapias Comportamentales (Modificación de la Conducta)

Desempeñan un papel fundamental en el tratamiento tanto en la incontinencia por inestabilidad vesical como en aquellos casos que cursan con polaquiuria o urgencia miccional. Estas terapias requieren una alta colaboración y disciplina para su cumplimiento no sólo por parte del paciente sino también por el personal a cargo en caso de instituciones.

• **Calendario miccional:** es una técnica muy eficaz y sencilla además de tener un coste nulo, realizada sobre todo en pacientes ancianos.

Consiste en establecer, en función de las características del paciente, una frecuencia miccional fácilmente realizable que impida que el paciente se angustie por temor a la fuga inundante.

El primer intervalo establecido será incluso demasiado asequible (por ejemplo, cada 30 minutos), y se irá ampliando, con incrementos del mismo tiempo, hasta conseguir una frecuencia miccional diurna normal. El objetivo idóneo es alcanzar una frecuencia diurna de entre 2 y 3 horas; en muchos casos al mejorar esta frecuencia disminuye también la polaquiuria nocturna.

• **Normas para la ingesta de alimentos:**

– No dejar de injerir líquidos por miedo a las fugas.

– La ingesta de líquidos debe ser normal en función de las necesidades, de 1 a 2 litros diarios.

– Los líquidos se deben de tomar de forma espaciada a lo largo del día, evitando beber mucha cantidad de golpe.

– Evitar las bebidas muy frías o que exciten la vejiga (café, té, vino blanco, bebidas gaseosas,...)

– Parar la ingesta de líquidos 2 horas antes de ir a dormir, salvo lo necesario para tomar la medicación de la noche si la tuviese.

• **Cuando toque ir al baño:** una vez sentado en el aseo, pedimos al paciente que intente retrasar todo lo que pueda el inicio de la micción aunque sean unos segundos, bien con contracciones del suelo pélvico mantenidas o mediante respiraciones lentas y profundas a modo de relajación.

En ningún caso, en pacientes de edad avanzada, se recomienda cortar el chorro de orina una vez iniciado (pipi-stop) ya que existe el riesgo de un vaciado incompleto con el consiguiente riesgo de infección. Cuando orine debe hacerlo de una sola vez, vaciando del todo aunque tenga que recurrir a la percusión suprapúbica para estimular dicho vaciado.

• **Higiene y confort:** al principio del tratamiento el paciente puede usar las protecciones absorbentes habituales para que se sienta seguro, sobre todo al salir a la calle. En función de los progresos deberá ir reduciendo su número y espesor, y en el domicilio deberá evitar su uso y esforzándose en controlar su calendario miccional.

B) Electroestimulación

El objetivo de la electroestimulación es conseguir la inhibición vesical y la supresión de las ondas de inestabilidad, estimulando el circuito inhibidor simpático mediado por el nervio hipogástrico.

El mecanismo activo de continencia depende de 3 elementos:

– La musculatura lisa de la uretra.

– El esfínter estriado periuretral (interno).

– El esfínter estriado parauretral (externo, músculos del suelo pélvico).

Cada esfínter está formado por un tipo de fibras diferentes por lo que en función del tipo de incontinencia deberemos estimular uno u otro: el esfínter interno está compuesto de fibras tónicas responsable de la continencia en reposo, mientras que el esfínter externo contiene los tres tipos de unidades motoras, predominando las fibras fásicas, unidades de contracción potentes y rápida que por tanto serán las que te-

nemos que estimular en caso de incontinencia de esfuerzo.

Se pide al paciente que sienta el movimiento generado por la corriente eléctrica, cuando la percepción es buena se le indica que participe voluntariamente ayudando a la contracción provocada de forma eléctrica. Cuando la contracción voluntaria añadida es correcta, se reduce de forma progresiva la contracción inducida eléctricamente hasta suprimirla.

Los parámetros a seguir para la aplicación de la electroestimulación, son los siguientes:

• **Electrodos:** la corriente se aplica mediante electrodo anal o vaginal. En pacientes de edad avanzada son a veces mal tolerados (debido a atrofia vaginal, ulceraciones, hemorroides,…), en cuyo caso emplearemos electrodos autoadhesivos de superficie, colocando:

– dos encima del pubis y dos en la cuerda de los adductores en su inserción próxima (posición de Savage);

– dos encima del pubis y dos en el sacro (posición de Laycock).

Si la paciente presenta prolapsos muy avanzados o ha sido sometida a varias cirugías para corrección de incontinencias o prolapso, emplearemos electrodo anal para mayor confort durante la sesión.

Tanto en hombres como en mujeres se puede aplicar un lubricante de base acuosa que mejore la conducción y disminuya la impedancia, así como para optimizar la tolerancia a la sonda intracavitaria.

• **Corriente:** la empleada es una ***corriente rectangular bifásica simétrica***. Características:

– Frecuencia: varía según el tipo de incontinencia:

– muy baja para la incontinencia urinaria de urgencia (5-10Hz, aunque se han obtenido excelentes resultados con frecuencias de 20-25Hz);

– para la incontinencia urinaria de esfuerzo. 50-100Hz;

– para la incontinencia urinaria mixta: el protocolo a seguir es de 15-20 minutos a 10Hz y 15-20 minutos a 50HZ, para estimular primero la inhibición vesical y después la fibra fásica uretral responsable de la continencia accesoria.

– Anchura de pulso: entre 0,2 y 0,5 ms.

– Tiempo de paso del estimulo: 1s.

– Descanso: 2s.

También puede usarse ***corriente interferencial*** pero se reserva para aquellos casos en los que quede descartada la corriente anterior por intolerancia. En este caso:

– Electrodos: en posición de Laycock.

– Frecuencia de las corrientes portadoras: 2000Hz (es superior su eficacia a la de 4000Hz).

– Ambas corrientes estarán ligeramente desfasadas para que la resultante del cruce de ambas tenga una frecuencia de entre 5-25Hz.

– La intensidad deberá ser lo más alta posible, respetando el umbral del dolor.

• **Modo de aplicación,** puede ser de dos maneras:

– ***Estimulación de larga duración:*** varias horas al día coincidiendo, por ejemplo, con el descanso nocturno. Este tipo de estimulación puede realizarse por ejemplo con los estimuladores portátiles para los pacientes institucionalizados y los tratamientos domiciliarios. En este último caso el paciente puede ponerse la corriente cuantas veces quiera al día, fraccionándolos en periodos más cortos (por ejemplo 1 hora).

– ***Estimulación máxima aguda:*** aplicación durante 30 minutos diarios hasta ver una mejoría de la sintomatología (mínimo 1 mes). En pacientes ambulatorios puede realizarse 3 veces por semana, aumentando en este caso la duración de la sesión a 40-60 minutos.

En general la duración del tratamiento oscila entre un mínimo de 4 semanas y un máxi-

mo de 16, aunque el promedio de duración es de 3 meses.

Es recomendable que los tratamientos mediante electroestimulación vayan acompañados de un programa de ejercicios de suelo pélvico. En cualquier caso, la electroestimulación, si se ha planteado correctamente su indicación, no tiene efectos secundarios, lo que hace idóneo su uso, puesto que si no logra resolver el problema al 100% si habrá permitido ajustar la dosis de farmacoterapia necesaria, lo que disminuye sus efectos adversos.

C) Ejercicios del suelo pélvico (cinesiterapia)

Como ya hemos dicho anteriormente, la inhibición se logra activando el circuito inhibidor somático que a través del nervio pudendo controla la musculatura del suelo pélvico. Puede realizarse como tratamiento único de forma preventiva o curativa diferenciándose entre sí sólo por su frecuencia o continuidad. Puede hacerse de diferentes maneras:

• Instrucción verbal: el fisioterapeuta expone verbalmente al paciente las instrucciones sobre los ejercicios de kegel que debe realizar y cómo llevarlos a cabo. Explicarle al paciente que para localizar de una manera correcta estos músculos, realice las siguientes pruebas:

– que apriete fuerte como si quisiera detener el flujo de orina;

– que apriete el músculo de alrededor del ano como si se le fuesen a escapar gases;

– cerrando, apretando y subiendo con fuerza los dos músculos, a la vez está contrayendo los músculos del suelo pélvico.

CONSEJOS

– Durante los ejercicios debe intentar mantener la contracción durante 5-6 segundos y mantener relajados el resto de los músculos.

– Repetir los ejercicios entre 5 y 10 veces.

– Lo idóneo son 30 minutos diarios de ejercicios aunque cuanto más haga mejor, incrementando progresivamente a medida que vaya cogiendo confianza.

– Intentar mantener un ritmo de respiración durante los ejercicios: relajar los músculos al coger aire y contraerlos al sacarlos.

– Al principio de cada serie de ejercicios conviene relajar la musculatura del suelo pelviano durante 3-4 minutos:

• Arrodillado y con el cuerpo inclinado hacia delante, apoyar los antebrazos en el suelo y poner la cabeza entre las manos.

• Tumbarse en el suelo, poner las piernas sobre una silla y colocar un cojín debajo de la pelvis.

TABLA DE EJERCICIOS:

1) De pie con las piernas bien separadas. Pon las manos en los glúteos y asegúrate que no los utilizas cuando tensas la musculatura del suelo pelviano hacia arriba y hacia dentro.

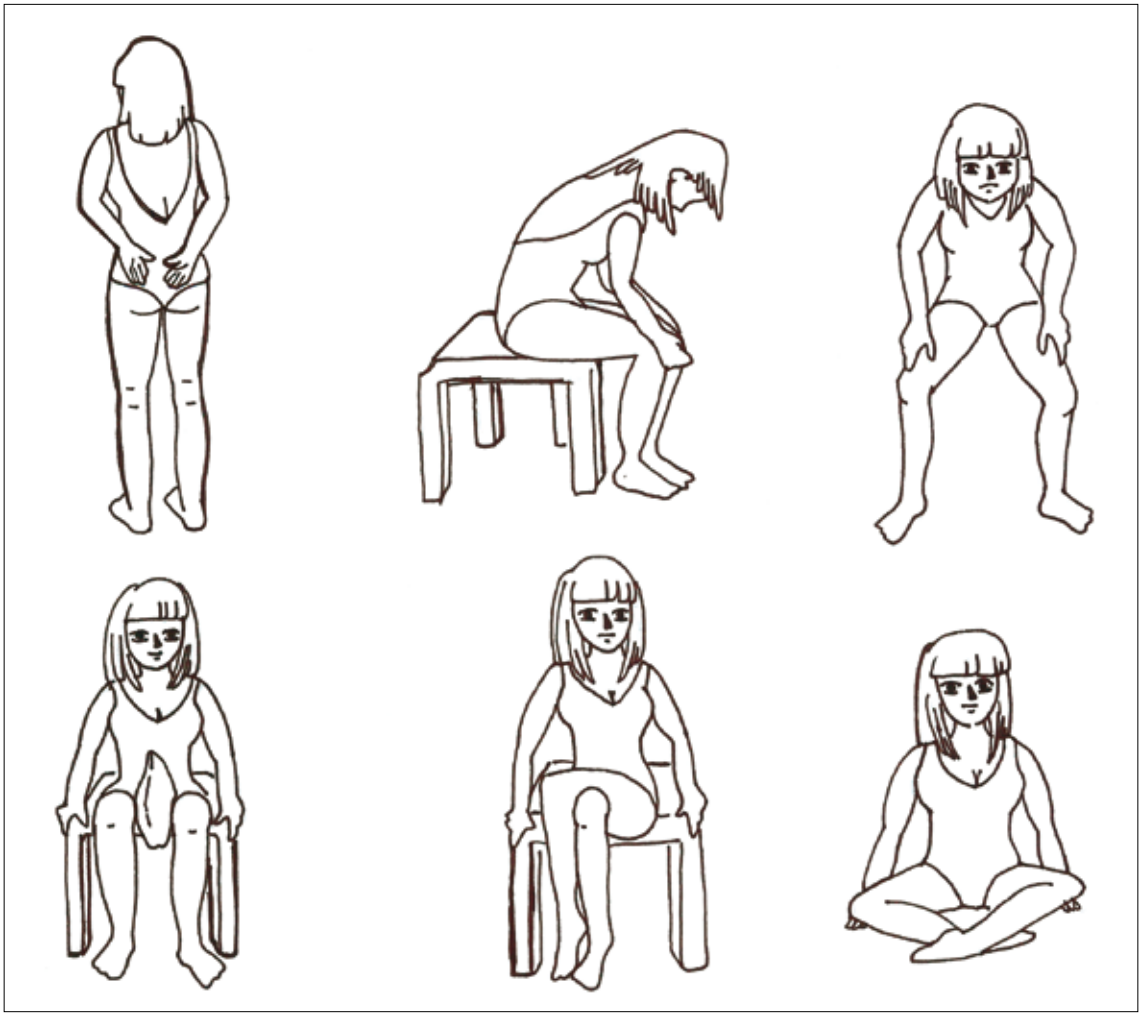
2) Sentada sin apoyar la espalda, curva la columna hacia dentro y contrae la musculatura del suelo pelviano. Concéntrate para utilizar únicamente la musculatura de la vagina y la uretra.

3) De pie con las rodillas flexionadas, apoyando los brazos en los muslos. Presiona con los músculos del suelo pelviano hacia arriba y hacia dentro.

4) Sentada sobre una silla, sin apoyar la espalda, separa las piernas y coloca un objeto entre ellas que provoque algo de resistencia, como por ejemplo, un cojín. Contrae los músculos.
5) Sentada o tumbada cruza las piernas y aprieta las partes externas de los pies una contra otra.
6) Siéntate con las piernas cruzadas y la espalda recta. Tira hacia arriba del suelo pelviano, separándolo del suelo.
7) Es muy importante que seas capaz de reaccionar ante repentinos ataques de tos, risas o ejercicios que aumenten la presión en la vejiga. Necesitas practicar contracciones rápidas, contrayendo el suelo pelviano y reteniéndolo durante un segundo, así hasta un máximo de 10 veces.

También es importante ante una emergencia miccional, inclinarse hacia delante para disminuir de esa manera la presión de la vejiga.

– Trabajo manual: el fisioterapeuta controla con su dedo intravaginal o intraanal la correcta realización del ejercicio; la ventaja es que puede ejercer una resistencia (isométricos) y la desventaja es que para el paciente es un sistema de aprendizaje más difícil que con el biofeedback.



Debemos tener en cuenta que en el caso de personas mayores, por su mayor fatigabilidad, el tiempo de descanso será el doble o triple que el de trabajo; además es posible que sea preciso rebajar la intensidad del ritmo de trabajo, incluso espaciar más las sesiones, ante un cuadro de astenia aguda.

En condiciones normales, 10-15 minutos por sesión son suficientes.

– Terapia de conos vaginales: supone un importante avance, ya que permite automatizar los ejercicios y aprender a realizar la contracción correcta fácilmente, requiere mucha menos dedicación y fortalece los músculos del suelo pélvico de forma más efectiva y en menos tiempo. Es una medida simple, efectiva y económica.

Cada cono tiene un peso diferente gradual (aunque son del mismo tamaño), y se usan manteniéndolos en la vagina como un pequeño tampón durante unos minutos al día, de pie o caminando.

Al introducir el cono en la vagina, tiende a descender y caer por su propio peso. La sensación de pérdida del cono provoca un suave reflejo de contracción en los músculos del suelo pélvico que hace retener el cono. Cuando se empieza a trabajar con conos o se pasa a uno de mayor peso, suele ser necesario realizar una contracción voluntaria para retenerlo; al cabo de 2-3 días se convierte en un reflejo espontáneo de retención. Se empieza a notar una mejoría en el tono muscular en unas 2-3 semanas, y un tratamiento completo suele durar entre 2-3 meses.

– Instrumental: es lo que se conoce como biofeedback.

D) Biofeedback

Es una de las técnicas de base para las reeducaciones activas y guiadas como debe ser la reeducación perineoesfinteriana.

Su finalidad es informar al paciente de una función que el ignora o que es defectuosa, pero es también un método de aprendizaje instrumental que permite adquirir conciencia de un mecanismo defectuoso y remediarlo.

La finalidad del biofeedback es la de hacer perceptible para el paciente con la ayuda de estimulaciones sonoras o visuales, el estado fisiológico o patológico en el cual se encuentra. El sujeto conoce poco su región perineal y realiza mal las funciones vesicoesfinterianas, anorrectales y sexuales. El biofeedback permite una toma de conciencia progresiva de sus funciones, y el terapeuta tiene un papel de guía.

En lo referente a los estímulos, los colores serán por ejemplo, vivos, con asociaciones simples: en verde la función autorizada, tal como la contracción perineal, y en rojo la función prohibida, como la participación abdominal. Un biofeedback positivo consiste en mejorar la actividad, como en un trabajo de reforzamiento, y un biofeedback negativo consiste en disminuir, como en un trabajo de relajación.

Este concepto médico considera el paciente como verdadero actor de su terapia.

LOS PARÁMETROS

Son registrados dos parámetros, el miofeedback y el presofeedback:

– Miofeedback: se recoge por medio de electrodos de potencia de unidad de superficie, que se amplifica y modula después. Estas informaciones son registradas con finalidad funcional y no diagnóstica, pues no son bastante científicas para ello. Hay siempre dos electrodos de medida y uno de referencia. Son autoplegables y reutilizables para el mismo paciente. Las sondas vaginales son de dos formas, lo más frecuente transversales y a veces longitudinales.

– Presofeedback. El registro de las presiones se basa en una sonda con balón hinchable con aire que transmite directamente las variaciones a un manómetro. El principal inconveniente es que no sirve para la estimulación, lo usamos

pues para la medida de presiones transmitidas a nivel perineal durante los esfuerzos, como en las incontinencias de esfuerzo. La paciente visualiza sobre la pantalla estas presiones, entonces nuestra aplicación tiende a modificar estos esfuerzos.

INTERESES E INDICACIONES DEL BIOFEEDBACK

1. Inocuidad de la técnica, el uso de electrodos externos vuelve la técnica posible en niños, las mujeres vírgenes, y de forma general los pacientes en los cuales el uso de una sonda no es posible por razones fisiológicas o psicológicas.
2. Toma de conciencia del control inmediato de la región perineal.
3. Trabajo de la calidad del movimiento que debe presentar toda reeducación: independencia con los otros músculos (abdominales, glúteos) y con la respiración.
4. Evaluación de los progresos y estímulos para el trabajo personal.
5. Aspecto lúdico y motivante de la reeducación.
6. Control y mejora de la relajación, importante en la reeducación de las disinergias vesicoesfinterianas.

EL TRABAJO EN BIOFEEDBACK

El aprendizaje de una contracción es difícil y del 30 al 50 % de los pacientes no saben contraer correctamente su plancha pélvica. El aprendizaje insistirá en una contracción sin apnea y sin músculos satélites como glúteos y adductores.

La sola instrucción verbal no parece suficiente para que esperemos una correcta respuesta, las contracciones deben ser efectuadas bajo un control que será doble: por una parte, palpatorio, extra o intravaginal, y por otra visual o/y auditivo, es decir, por biofeedback.

Este aprendizaje cualitativo necesita al menos una o dos sesiones y será repetido al comienzo de cada sesión, al fin de optimizar la utilización de los músculos en las circunstancias de la vida cotidiana.

La potencia muscular se desarrolla por contracciones de tipo físico, es decir, de 1 a 3 segundos. En la práctica se utilizará una doble información, visual y auditiva a fin de favorecer la rapidez de respuesta.

Las señales son simples y precisas, tales como una columna vertical de color para señalar el principio de la contracción y otra de otro color para la parada del movimiento. El paciente debe comprender el mensaje de estas señales y el ritmo que debe seguir.

El trabajo de las fibras musculares tónicas tipo I y la resistencia se efectúa por contracciones de más larga duración: de 5-10 segundos. La intensidad de la contracción debe ser moderada.

Para el biofeedback se utiliza un testigo luminoso prerregulado por el fisioterapeuta, en función del testing del paciente, y que muestra al mismo de forma precisa la intensidad y duración de la contracción.

Uno de los fines de la reeducación es permitir al paciente usar sus músculos en la vida cotidiana y durante los esfuerzos responsables de hiperpresiones o de una incontinencia. Se pretende alcanzar una automatización, así las contracciones son pues efectuadas respirando, hablando, tosiendo y finalmente en todas las circunstancias. Para estudiar los esfuerzos efectuados de pie se practicará el biofeedback ortostático, utilizando una sonda vaginal corta tipo tampón.

LUGAR DEL BIOFEEDBACK EN EL PROTOCOLO DE LA REEDUCACIÓN PERINEAL

El biofeedback se utiliza al principio del tratamiento para la toma de conciencia perineal y el trabajo de aspecto cualitativo de movimiento. Será precedido por las explicaciones anatómicas y fisiológicas necesarias para asegurar una buena comprensión y sobre todo una buena colaboración del paciente.

Al principio del tratamiento el registro será externo, a fin de dejar al paciente habituándose a la técnica y al terapeuta, evaluar la vivencia o sensación que tiene antes de proponerle la utilización de una sonda.

Las sondas vaginales son personales, de buena calidad, sin asperezas y son objeto de una rigurosa higiene.

RESULTADOS DEL BIOFEEDBACK

La evaluación de la eficacia de la técnica es difícil por la falta de estudios realmente científicos estandarizados, pero el conjunto de publicaciones existentes muestran de forma inequívoca el interés del biofeedback en el tratamiento de las incontinencias urinarias de la mujer y de los trastornos de la estática pélvica.

El primer estudio realizado por Kegel en 1948, mostraba un 84% de buenos resultados con la utilización del perineómetro.

Se hace evidente la eficacia de la técnica, siempre que se tengan presentes ciertas condiciones, como son la competencia del profesional y la motivación del paciente. Es importante decir que la eficacia del biofeedback es óptima en combinación con otras técnicas reeducativas, como el trabajo personal en el domicilio, los conos y las técnicas manuales, así como las técnicas instrumentales.

EL BIOFEEDBACK: EL MÉTODO DEL FUTURO DE LA REEDUCACIÓN PERINEAL

Nos referimos a una prevención basada sobre intervenciones en mejoras escolares, gimnásticas, deportivas y profesionales, y sobre un aprendizaje lo más sistémico posible en clínicas y gabinetes de fisioterapia de unas contracciones perineales en primer lugar, bien efectuadas, y luego automatizadas.

El biofeedback aparece también como la técnica de base de este aprendizaje físico, ya que puede ser siempre utilizado gracias a sus electrodos externos.

Es, pues, una técnica de prevención y curativa de la reeducación perineal. El paciente es activo y por tanto, actor de su tratamiento. En biofeedback se utilizan diferentes instrumentos para monitorizar y amplificar los procesos normales que se producen durante la vida diaria y que habitualmente pasan inadvertidos al individuo. Utilizadas en conjunción con otras formas de tratamiento, incrementan notablemente los buenos resultados. Así, combinadas con fisioterapia de la musculatura pélvica, alcanzan hasta un 90% de éxitos.

El biofeedback será integrado durante todo el tratamiento, desde la toma de conciencia del movimiento hasta la gestión de esfuerzos y la aplicación en la vida cotidiana. Mejora la motivación del paciente por la visualización inmediata de los resultados, pero es necesario ser prudentes en cuanto a la cuantificación del progreso por la posibilidad de recidiva del problema. Todo el mundo está de acuerdo en reconocer su interés, el problema es a menudo cómo aportar la prueba científica.

E) El mantenimiento después del tratamiento

– Realizar una autoevaluación cada seis meses, por ejemplo con los conos, si notase que ha perdido tono muscular, hacer un poco de recuperación de nuevo.

– Proteger tus músculos del suelo pélvico adquiriendo el hábito de contraerlos cada vez que vaya a hacer un esfuerzo abdominal (estornudar, toser, levantar un peso, correr, durante los saltos o impactos al practicar deporte, etc.).

– Hacer ejercicios del suelo pélvico contrayéndoles y relajándolos de vez en cuando y en todas las posiciones posibles, con contracciones rápidas, lentas y escalonadas.

– Recordar los hábitos cotidianos que lo perjudican para elevarlos (retener mucho tiempo la orina, empujar con fuerza para vaciar la vejiga, etc.).

ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INCONTINENCIA URINARIA

La afectación psicológica de cada paciente que sufre incontinencia urinaria será diferente dependiendo muy directamente de un déficit cognitivo. La persona afectada con disminución psíquica, confusión o demencia no tendrá una medida real de su incontinencia y su repercusión social; por el contrario, el paciente totalmente consciente puede experimentar un sentimiento de:

- Vergüenza.
- Pudor.
- Frustración.
- Apatía.
- Culpa.
- Miedo.
- Depresión.
- Ansiedad.

La afectación psíquica variará dependiendo de la frecuencia y el volumen de la filtración o escape urinario.

El sentimiento de vergüenza hace ocultar el problema y tal vez ni siquiera se comenta con los familiares más cercanos, siendo habitual que prescinda de buscar ayuda.

- Niega el problema.
- Lo considera un problema menor.
- Lo asume como algo natural e inevitable.
- Siente vergüenza.
- Desconoce la existencia de tratamientos.
- Siente pudor de consultarlo con el médico.
- Desconfía de los tratamientos actuales.
- Existe miedo a la cirugía.

Debido a este silencio, los pacientes no dan a conocer su problema, viviendo aislados, improvisando los medios paliativos y limitando estrechamente su movilidad.

La perturbación del sueño, la ansiedad, las depresiones, junto con los problemas sexuales suelen suponer una sobrecarga psicológica. La depresión eleva el umbral del dolor, con lo que todas sus dolencias estarán incrementadas.

Por temor al escape de orina reducen las actividades realizadas en el tiempo libre, como sucede en el estricto control horario implantado por la micción en los paseos diarios, que junto al difícil acceso y pésima limpieza de los servicios públicos, se manifestará con una reducida vida social.

Su imagen corporal se deteriora, se retrae en sus contactos sociales y familiares, se altera, e incluso interrumpe la vida sexual. Paralelamente, sobrevienen las complicaciones, en especial, infecciones urinarias, alteraciones en la piel (dermatitis) y trastornos psicológicos.

La evolución del proceso es casi invariable. Conforme la intensidad de la incontinencia aumenta, la situación es cada vez más preocupante. La mujer, antes de consultar al especialista, suele ser partidaria del uso de empapadores, compresas y otros materiales absorbentes. Lejos de resolverse, la incontinencia progresa, se produce con esfuerzos mínimos, como caminar, subir al autobús, etc.

La ayuda que se puede prestar tendrá un único objetivo: mejorar el concepto que de sí mismo tiene el incontinente, siendo ésta la base existencial para enseñarle a enfrentarse con su problema.

Romper el silencio sobre su incontinencia, escuchar y el asesoramiento e información sobre los diversos tratamientos existentes, como la fisioterapia, pueden ayudar al paciente a lograr mejoras que le ayuden a conseguir una vida con más autonomía, comodidad e higiene.

BIBLIOGRAFÍA

Grosse Dominique, Sengler Jean; ***Reeducación del periné: Fisioterapia en las incontinencias urinarias***. Editorial Masson. 2001.

Valacogne,G: ***Reducacción en coloproctologia***. Editorial Masson. 1995.

Vila-Coll,M.A., Dalfó-Baqué,A: ***Eficacia de un programa de fisioterapia en el tratamiento de la incontinencia urinaria de estrés en una población rural femenina***. Algunas matizaciones: Atención Primaria. 1999.

Villanueva López, C: ***Manual de Biofeedback***. Mapfre S.A.1984.

Incontinencia Urinaria. Suplemento a la revista ROL de Enfermería-Volumen 22-Nº.11-Noviembre 1999.

Montserrat Espuña Pons, Pilar Pons Umbría, Cristina Riera Riezu, Jesús Salinas Casado. ***Guía para mejorar la calidad de vida de la mujer***-

Artículos Internet:

http://www.hollister.com/us/files/pdfs/907376.pdf

http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/

http://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-la-reeducacion-del-suelo-pelvico

http://www.noticiasmedicas.es/medicina

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y EMBARAZO

DRA. SOLEDAD PÉREZ SÁNCHEZ
Neuróloga. Unidad Esclerosis Múltiple.
Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

DR. GUILLERMO NAVARRO MASCARELL
Neurólogo. Servicio de Neurología. Unidad de Enfermedades Desmielinizantes.
Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.
Miembro del Consejo Médico Asesor de FEDEMA.

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad crónica y autoinmune del sistema nervioso central, que típicamente cursa con brotes de la enfermedad al inicio y posteriormente, en aproximadamente el 65% de los pacientes se convierte en una secundaria progresiva con un curso continuo de discapacidad. El 15-20% de los enfermos inician la enfermedad con un curso progresivo desde el principio (primaria progresiva).

El tratamiento de la enfermedad en los brotes consiste en pulsos intravenosos de metilprednisolona durante 3 o 5 días que se administran en el hospital. Para reducir la frecuencia y severidad de los brotes así como para disminuir la progresión de la enfermedad en general, sobre todo la discapacidad, existen las terapias inmunomoduladoras. Interferon beta o acetato de glatiramero en una primera línea para la mayoría de los pacientes y en casos de alta actividad de la enfermedad o insuficiente respuesta a los tratamiento de primera línea existen el anticuerpo monoclonal Natalizumab o la nueva terapia oral con Fingolimod, ambos en segunda línea. También está aprobado para el tratamiento en este escalón la mitoxantrona, aunque es poco utilizada por sus efectos secundarios.

En Europa, la prevalencia de la enfermedad oscila entre 10 y 187 casos por 100.000 habitantes con mayor proporción en los países del norte. Típicamente, los primeros síntomas de esta enfermedad se presentan entre los 20 y 50 años de edad, afectando predominantemente a mujeres. Por este motivo, la planificación de la familia, la maternidad y el nacimiento del hijo constituyen un punto clave en esta enfermedad que afecta en su mayoría a pacientes en edad fértil.

La planificación de la familia en los pacientes con Esclerosis Múltiple ha cambiado mucho en los últimos tiempos. Mientras que a principios del siglo XX se desaconsejaba el embarazo porque se pensaba que esto era un factor de riesgo para la progresión de la enfermad, actualmente el mayor problema para estos pacientes es pensar en el futuro estado de salud y su asociación con la capacidad para poder cuidar a sus hijos.

Otro pregunta que le surge a estas mujeres que desean tener hijos es el riesgo de que su hijo pueda heredar la enfermedad. Aunque la Esclerosis Múltiple no es una enfermedad hereditaria, sí hay que tener en cuenta un cierto grado de susceptibilidad genética presentado los familiares de los pacientes afectos un riesgo superior a la población general. Sin embargo, este riesgo es bajo y la posibilidad de que un niño nacido de un paciente con Esclerosis Múltiple no adquiera la enfermedad es del 97%.

La fertilidad en estos pacientes no está afectada, sin embargo puede haber problemas a la hora de la sexualidad debido a los déficits propios de la enfermedad. Aunque la fertilidad no está reducida, las pacientes pueden necesitar técnicas de reproducción asistida así como el 10-15% de las parejas de la población general. Algunos estudios han demostrado un aumento de brotes en las pacientes que se sometían a tratamientos de fertilidad sin que haya ninguna diferencia entre los tratamientos hormonales utilizados. Generalmente, no se recomienda rechazar estas técnicas pero hay que informar del riesgo de que aparezca un brote y aconsejarles que mientras estén sometidas a estas técnicas no dejen de administrarse su terapia inmunomoduladora.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto una reducción de los brotes durante el em-

barazo con un aumento de estos después del nacimiento. Los datos hasta ahora no muestran un impacto negativo del embarazo sobre la progresión de la enfermedad en estas mujeres. En estos momentos hay poco conocimiento sobre el papel que juegan las terapias modificadoras de la enfermedad en los brotes durante y después del embarazo. Debido a la reducción natural de brotes durante el embarazo, la mayoría de los neurólogos aconsejan abandonar la terapia inmunomoduladora en este punto. La recomendación oficial es interrumpir esta terapia antes de iniciar la búsqueda de embarazo sin embargo, lo más extendido en la práctica habitual es retirar el tratamiento una vez que se conoce que la mujer está embaraza. Esto último no está basado en estudios grandes y contundentes sin embargo no se han recogido problemas importantes siguiendo esta práctica y por ello es lo más utilizado entre los neurólogos dedicados a tratar esta patología.

El momento de retomar la terapia después del nacimiento está actualmente discutido, ahora mismo no hay ninguna evidencia fuerte para concretar el momento óptimo de retomar la terapia. La recomendación hasta la actualidad era evitar la lactancia materna e iniciar de nuevo el tratamiento una vez se ha dado a luz. Sin embargo, últimos estudios han puesto de manifiesto un menor riesgo de brotes durante la lactancia materna exclusiva en contra de aquella mujeres que se abstuvieron. Por este motivo, cada vez son más los neurólogos que recomiendan, sólo en el caso de deseo de la mujer, la lactancia materna exclusiva durante 4-6 meses tras el parto. Estas mujeres no deben comenzar la terapia durante la lactancia debido al desconocimiento sobre su paso a la leche materna y los posibles efectos sobre el recién nacido. En caso de optar por la lactancia artificial, la medicación debe reintroducirse lo más pronto posible tras el parto, ya que presentan un retardo en el inicio de la eficacia.

En resumen, muchas preguntas aparecen en las pacientes que quieren quedarse embarazadas y es importante no desalentar a estas mujeres pero sí informar de los posibles riesgos y las características específicas del embarazo en la Esclerosis Múltiple.

EL SILENCIO, EL PRIMER ENEMIGO DE LA SEXUALIDAD

JOSÉ BUSTAMANTE BELLMUNT
Psicólogo Especialista en Sexualidad y Pareja.
Coordinador del programa DISCASEX (Discapacidad física y Sexualidad).
Secretario General de la Asociación de Especialistas en Sexología.

"Vergüenza" es la palabra más escuchada, sentida o intuida cuando un paciente tiene problema de incontinencia urinaria. La sensación de falta de control, de no dominar tu propio cuerpo puede afectar a la autoestima y sobre todo a la seguridad en uno mismo. Muchos pacientes viven la incontinencia urinaria como una limitación social, laboral y como no, sexual. La consecuencia a esta vergüenza, baja autoestima sexual y falta de seguridad suele ser el prescindir del sexo, dejarlo de lado o como poco vivirlo como algo negativo, como una esfera de nuestra vida que no está bien, que es un problema. Luisa, una paciente de 35 años casada desde los 28 me contaba en el sexo "Me siento sucia" "El tener que planificarlo tanto le quita romanticismo. No beber, sondarte…" "Él dice que no le importa pero es mentira, lo dice porque le doy pena, sé que en el fondo le debe dar asco" "Cuando lo hemos intentado, yo no puedo centrarme, cada cosa que siento ahí abajo pienso que es que me meo" "Ya sólo llego al orgasmo cuando estoy sola". Os aseguro que Sebastian, su pareja, se sentía muy atraído por Luisa, no le importaba lo más mínimo las pérdidas de orina que en ocasiones llegaban. El asco no aparecía ni por asomo, es más, había llegado a asociar los mejores orgasmos de su pareja con la pérdida de orina, como especie de eyaculación femenina. Lo que si le preocupaba era ver a su pareja sin ganas de estar de tener sexo, o el ver como ya no se dejaba llevar en las relaciones, el como lloraba cuando tenía un encuentro y había algo de orina.

¿Qué es realmente antierótico? ¿Qué acaba de verdad con el sexo? ¿Dónde está el enemigo principal de la sexualidad? En este y muchos otros casos el enemigo está en casa, en el tejado de la casa en realidad, es decir en nuestra cabeza, en las ideas sobre uno, nosotros y la sexualidad con las que vivimos. El miedo, la vergüenza, el asco, lo que es normal y lo que no, son aprendizajes que llegan a limitar y hasta anular nuestra sexualidad.

La incontinencia urinaria puede ser un obstáculo para disfrutar de forma plena de nuestra intimidad erótica, la diferencia entre superarlo o no está, sobre todo, en la manera en la que lo afrontemos.

Es normal sentir vergüenza, no se trata de luchar contra esta emoción, debemos aceptarla pero a la vez no permitirle que nos paralice. Si nos atrevemos a hablar con nosotros mismos, con nuestra pareja sexual y con un profesional que me de confianza, observaremos que el miedo, la inseguridad y la vergüenza se marchan sin que tengamos que echarlos.

El sexo no sólo una forma de intercambiar placer, es sobre todo una manera de transmitir emociones. Para decir con nuestro cuerpo, "Te amo", "Te deseo", "Me gustas", "Te siento", "Me pones" o "Te quiero". ¿De verdad vas a dejar que la incontinencia haga callar a tu cuerpo? Si quieres dejarle hablar, empieza por atreverte a pedir ayuda.

Entidades adheridas a FEDEMA

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE E.M. DE ANDALUCÍA (FEDEMA)
Avda. de Altamira, 29 – Blq.11 – Acc. A. 41020 Sevilla
Tlf. / Fax: 902 430 880 / móvil 664 255 235
e-mail: fedemaem@hotmail.com
web: www.fedema.es
Presidenta: Águeda Alonso Sánchez.

ASOCIACIÓN DE E.M. DE ALMERÍA
C/ Chafarinas, 3. 04002 Almería
Tlf.: 950 10 63 43 - Fax: 950 10 06 20
Móviles: 606 741 277 / 675 808 758
e-mail: aemalmeria@hotmail.es
web: www.aemaalmeria.es
Presidenta: Isabel Esperanza Martínez Sánchez.

ASOCIACIÓN GADITANA DE E.M. Y UED "ALFONSO PERALES"
Plaza del Arroyo, 40 Dup.
11403 Jerez de la Frontera (Cádiz)
Tlf.: 956 33 59 78 / Fax: 956 344 484
e-mail:agdem2@yahoo.es
Presidente: Ramón Rojas León.

ASOCIACIÓN CORDOBESA DE E.M.
Edificio Florencia. Plaza Vista Alegre, 32. 14004 Córdoba
Tlf. / Fax: 957 46 81 83 / móvil: 685 846 563
e-mail: acodem@alcavia.net
web: www.alcavia.net/acodem
Presidente: Antonio Galindo Caballero.

ASOCIACIÓN GRANADINA DE E.M.
Quinto Centenario, 1, Bajo. 18100 Armilla (Granada)
Tlf. / Fax: 958 572 448
e-mail: emgranada5@hotmail.com
web: www.agdem.es
Presidenta: Mª Nieves Sánchez Sánchez.

ASOCIACIÓN DE E.M. ONUBENSE
Hélice, 4. 21006 Huelva
Tlf. / Fax: 959 233 704 - móvil 660 424 179
e-mail: ademo_em@hotmail.com
web: www.ademohuelva.blogspot.com
Presidenta: Montemayor Muñóz Soriano.

ASOCIACIÓN JIENENSE DE E.M. "VIRGEN DEL CARMEN"
Acera de la Trinidad, s/n – Bajo. 23440 Baeza (Jaén)
Tlf. / Fax: 953 740 191 / móvil: 675 250 989
e-mail: esclerosismultiplejaen@yahoo.es
web: www.ajdem.weboficial.com
Presidente: Juan Gámez Carmona.

ASOCIACIÓN MALAGUEÑA DE E.M.
Nicolás Maquiavelo, 4 - Blq.2 - Local 2. 29006 Málaga
Tlf. / Fax: 952 345 301 / móvil: 662 187 579
e-mail: amem94@terra.es
Presidente: Baltasar del Moral Majado.

ASOCIACIÓN MARBELLA–SAN PEDRO DE E.M. "NUEVO AMANECER"
Centro Cívico Divina Pastora.
C/ Presbítero Juan Anaya, s/n. 29601 Marbella (Málaga)
Tlf. / Fax: 952 859 672 / móvil: 627 025 490
e-mail: ampemna@yahoo.es
Presidenta: Dulce Córdoba del Rey.

DELEGACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE EM DE MARBELLA
Calle del Senado s/n. Centro Cultural "Entre-Todos"
29680 Estepona (Málaga)
Tfno.: 952 859 672 / móvil: 627 025 490

ASOCIACIÓN SEVILLANA DE E.M.
Avda. de Altamira, 29 – Blq. 11 – Acc. A. 41020 Sevilla
Tlf. / Fax: 954 513 999 / 954 523 811
e-mail: esclerosismultiple@hotmail.com
web: www.emsevilla.es
Presidenta: Águeda Alonso Sánchez.

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE ANDALUCÍA

FEDEMA

(Entidad Declarada de Utilidad Pública)

Avda. de Altamira, 29, bl. 11 – Acc. A. 41020 Sevilla

Tfno. y fax: 902 430 880

www.fedema.es

fedemaem@hotmail.com

Nombre y Apellidos.....

..... DNI.....

Domicilio.....

C.P..... Localidad.....

Provincia..... Teléfono.....

e-mail.....

Soy afectado/a: ☐ Si ☐ No

Deseo recibir correspondencia: ☐ Si ☐ No

DATOS BANCARIOS

Entidad /_/_/_/_/

Oficina /_/_/_/_/ Control /_/_/

Nº Cuenta /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/

DESEO SER:

Socio SUSCRIPTOR: 104 € /año

Socio BENEFACTOR: 150 € /año

Socio PROTECTOR: 300 € /año

DONATIVO LIBRE

* Estas cantidades son desgravables en la Declaración de la Renta.

FORMA DE PAGO: ☐ SEMESTRAL ☐ ANUAL

En....., a..... de.....de.....

Firma:

De acuerdo con lo establecido en la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Federación de Asociaciones de Esclerosis Múltiple de Andalucía (FEDEMA), le informa que sus datos serán objeto de tratamiento automatizado en nuestros ficheros, con la finalidad del mantenimiento de la relación y gestión interna.

Asimismo, consiente expresamente que:

- Sus datos de salud, necesarios para elaborar informes y estadísticas a nivel de control, sean incorporados a las bases de datos de FEDEMA.
- Sus datos sean cedidos a la empresa de distribución, con el objetivo del envío de revistas y publicaciones en general de Esclerosis Múltiple.
- Sus datos sean cedidos a la asociación provincial a la que desee pertenecer, con la finalidad de que pueda llevar un control y seguimiento de la gestión contable y administrativa en su ámbito organizativo.
- Sus datos sean cedidos a AEDEM-COCEMFE, para inclusión en sus bases de datos, a fin de poder participar de los beneficios que ello pueda aportarle.
- Consiente el envío de correspondencia.

Si se opone a alguno de los tratamientos mencionados, le rogamos lo señale con una “X”.

El consentimiento se entenderá prestado en tanto no comunique por escrito la revocación del mismo.

El titular de los datos se compromete a comunicar por escrito cualquier modificación que se produzca en los datos aportados.

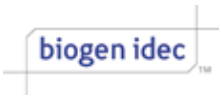
En cualquier momento, usted podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la LO 15/1999. El responsable del fichero es FEDEMA, con domicilio en Avda. de Altamira, 29, bl. 11–Acc. A, 41020 de Sevilla.

FEDEMA

Federación de Asociaciones de
Esclerosis Múltiple de Andalucía

Entidad Declarada de Utilidad Pública

Avda. de Altamira, 29. Bloque 11 - Acc. A
41020 Sevilla
Teléfono / fax: 902 430 880
fedemaem@hotmail.com

www.fedema.es

Con la colaboración de: