

Cuadernos de **SALUD**

**ALTERACIONES ESFINTERIANAS,
SEXUALIDAD Y EMBARAZO**

NÚMERO 6



F E D E M A

Federación de Asociaciones de
Esclerosis Múltiple de Andalucía

Entidad Declarada de Utilidad Pública

Cuadernos de
SALUD 

NÚMERO 6

**ALTERACIONES ESFINTERIANAS,
SEXUALIDAD Y EMBARAZO**



Dirección

FEDEMA

Coordinación

Reyes Valdés Pacheco

Equipo de Redacción

Águeda Alonso Sánchez
Dr. Guillermo Navarro Mascarell
Dra. Soledad Pérez Sánchez
Cristina Sánchez Palacios
Almudena Ramírez Cabrales
Mercedes Ramón García
Reyes Valdés Pacheco

Edita

FEDEMA

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

www.fedema.es
fedemaem@hotmail.com
Teléfono / Fax: 954 523 811

Depósito Legal: SE 2125-2018

ISBN: 978-84-09-06392-5

- 6** Alteraciones esfinterianas y sexuales en EM

- 34** Cuidado en pacientes con Esclerosis Múltiple: Disfunción Urinaria

- 44** Cuidados en pacientes con Incontinencia Fecal

- 55** Fisioterapia en la Incontinencia Urinaria

- 73** Repercusiones psicológicas de la pérdida del control de esfínteres

- 76** Aspectos psicológicos de la sexualidad en Esclerosis Múltiple

- 83** Esclerosis Múltiple y Embarazo

ALTERACIONES ESFINTERIANAS Y SEXUALES EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Dr. Guillermo Navarro Mascarell

Servicio de Neurología, Unidad de Esclerosis Múltiple,
Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Alteraciones esfinterianas urinarias en Esclerosis Múltiple

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

1°. La gran frecuencia de estos síntomas que alcanza hasta el 70-80% de los pacientes, ya que son más frecuentes conforme avanza la enfermedad.

2°. 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.

3°. Pueden interferir en la actividad sexual, sobre todo en las mujeres, que como es sabido sufren en mayor medida la enfermedad.

4°. 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, aunque realmente hay algunos más, 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 transmitir 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 transmiten 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 síndromes¹ dentro de la clínica miccional:

- Síndrome Obstructivo.
- Síndrome Irritativo.
- Síndrome Mixto.

El 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.

El 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, solo una pequeña cantidad de orina, o completa, es decir realizando la micción de forma involuntaria totalmente.

El 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 el enfermo. Como es obvio el estudio debe ser individualizado en cada paciente y será más o menos amplio según las circunstancias de cada enfermo: 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, con medición del volumen pre y post-miccional.

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 está 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 el residuo miccional, 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 está utilizando de forma generalizada la Ecografía Abdominal con medición del volumen pre y 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 favoreciendo 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 cómo se tratan las alteraciones urinarias en la Esclerosis Múltiple hemos de hacer referencia a las distintas disfunciones de la vejiga que podemos encontrar en las personas afectadas, dada su implicación en el tratamiento, que guardan relación con el lugar donde se sitúa la lesión provocada por la enfermedad:

- Vejiga hiperrefléxica-hiperactiva 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-hipoactiva 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, 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 serie² 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 misma, evitando el residuo post-miccional, normalizar la frecuencia urinaria y restaurando la continencia de la vejiga, con todo esto 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. Mayor evidencia científica presenta el uso de Arándanos como medida preventiva de las infecciones de orina fundamentalmente las producidas por el germen *Escherichia Coli*, que por otra parte es el más frecuente en la infecciones urinarias del tracto inferior.

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, con antibioterapia específica según el antibiograma y por el contrario no siempre un urocultivo positivo debe ser tratado con antibioterapia específica, ya que muchos pacientes sobre todo de larga evolución con disfunción vesical presentan bacteriurias, las vejigas están contaminadas de bacterias, que 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 es un método aceptado 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 alcohol, 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.

Para tratar la nocturia, micciones nocturnas, 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 Desmopresina⁷, 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 o hiperactiva como se suele denominar actualmente, por otro lado la más prevalente en la Esclerosis Múltiple, se emplean los Anticolinérgicos^{8,9} como la Tolterodina, actualmente en una sola toma al día de 4mg, la Oxibutinina en forma oral o en parches trasdérmicos, probablemente más eficaz pero con mayor intensidad de efectos secundarios, el Cloruro de Trospio que actualmente prácticamente no se usa, la Solifenacina 5mg o 10mg, en dosis única diaria, existe una presentación de Solifenacina 6mg asociada a Tamsulosina 0.4mg, Fesoterodina de 4 y 8mg iniciándose con dosis bajas y como última incorporación de fármaco con efecto anticolinérgico esta la Propiverina 30mg también dosis única al día.

Otro fármaco con la misma indicación de vejiga hiperactiva pero con mecanismo de acción distinto a los anteriores es el Mirabegron 50mg con, también, dosis única diaria.

Estos medicamentos provocan similares efectos secundarios, principalmente sequedad de mucosas, boca y ojos primordialmente, alteración visual, estreñimiento e hipotensión ortostática.

Para la vejiga hiporrefléxica o hipoactiva no existe en la actualidad un fármaco especialmente indicado. 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, etc., anteriormente también se ha utilizado la Nicergolina y actualmente se suele emplear la Tamsulosina 0.4mg en dosis única y si no hay una respuesta satisfactoria se indica la Silodosina que tiene dos presentaciones de 4 y 8mg, con efectos secundarios como hipotensión ortostática y uno no infrecuente y muy molesto para los varones que es la ausencia de eyaculación con eyaculación retrograda.

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 o autosondaje 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 lubricadas 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, instruido 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 E.M:

- 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, su efecto puede durar hasta 6-9 meses. Está indicada cuando a pesar del autosondaje se produce incontinencia urinaria aunque hay que advertir que inicialmente debido a la relajación de la musculatura del detrusor que se produce en muchas ocasiones hay que aumentar la frecuencia del autosondaje inicialmente.

- 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, que está poco implantada en nuestro medio. Si se realiza cada vez con mayor frecuencia la Neuroestimulación trascutánea del nervio tibial posterior en sesiones de distinta duración y frecuencia según los centros donde se indica y que puede mejorar hasta un 20-30% la clínica miccional pero que también puede beneficiar la sintomatología intestinal y sexual, esta última indicación según algunos estudios, pendiente de confirmar en series más amplias.

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 no mejora con este anticolinérgico se puede sustituir por otro de los referidos anteriormente e incluso se puede asociar Mirabegron, ya que tiene otro mecanismo de acción. Si el paciente no mejora o presenta infecciones 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 determinarán 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.

En general se puede recomendar el siguiente escalado terapéutico para la vejiga hiperactiva antes de emplear el autosondaje:

1º- Anticolinérgico, y si no mejora la clínica miccional.

2º- Anticolinérgico más Mirabegron 50mg que al tener dos mecanismos de acción distintos se pueden asociar y, en algunos casos, mejora la sintomatología urinaria.

3º- Ejercicio de Suelo Pélvico, que puede incorporarse a la terapia de las alteraciones esfinterianas desde un primer momento.

4º- Neuroestimulación trascutánea de Nervio Tibial Posterior, si con todo lo anterior no conseguimos controlar adecuadamente la clínica miccional del paciente.

Alteración intestinal

Los trastornos del tránsito 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 EDSS¹².

La disfunción intestinal viene determinada fundamentalmente por el enlentecimiento del tránsito 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 se suelen practicar con escasa frecuencia, ya que en general su información no se sigue del tratamiento adecuado como puede ser terapia feedback, que generalmente son indicados en los servicios de Digestivo y también en las Unidades de Cirugía Colo-proctal. 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 residuos, realizar ejercicio moderado, etc.
- Uso de laxantes de forma ocasional o pautada. Se recomienda el empleo de Lactulosa o Lactitol, también se puede emplear Aloe Vera por vía oral.
- 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. También se realiza aunque con baja incidencia la terapia feedback y tratamiento quirúrgico en ocasiones muy específicas.

En la sintomatología intestinal 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 anónima 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 trabajo¹⁴ 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 transmiten 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 pacientes¹⁵, considerándose que es algo mayor en los varones, y aumenta con el tiempo de evolución de la enfermedad¹⁶, 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 medular²⁰. 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 piramidal²⁰, fundamentalmente 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 sí 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 monoaminoxidasa.
- 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 alteraciones fundamentales 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 relacionadas con la anterior las pacientes presentan disminución de la lubricación vaginal, ya que para que ésta 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 género 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 estudio¹⁹ 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

Las principales alteraciones sexuales en el varón, son:

- Disfunción de la erección.
- Alteración de la percepción orgásmica y la eyaculación.
- Disminución de la libido.
- Limitaciones secundarias a la propia EM.

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 involuntarias, 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 un fármaco específico para la misma como la Dapoxetina, anteriormente se empleaba otro ISRS como 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 Pudendo²³, 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 EM

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 ámbito²⁴. 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 este 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 antidepressivo, ya que en ocasiones se pueden sustituir los antidepressivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) por Trazodona o Venlafaxina, que presentan menos repercusión a nivel de la actividad sexual, o los más recientes antidepressivos tienen en consideración no provocar efectos secundarios en este campo.

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 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, como 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 previo a la relación sexual.

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.

Habrà 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.

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 han empleado los parches de testosterona en la mujer para aumentar el deseo sexual, lo que ya se llevaba 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, 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.

En Estados Unidos, pero no en Europa esta comercializada la Flibanserina para mejorar la libido en la mujer, aunque presenta efectos secundarios como síncope que dificultan su empleo y no está bien establecido su uso, si debe ser de forma continua o de forma esporádica.

Si existe en nuestro país un producto llamado Lubricare para esta indicación en la mujer, que habrá que valorar con el tiempo la eficacia real, y que puede adquirirse en herboristerías.

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 anticomociales.

Cuando en una misma paciente concurren la depresión, la urgencia urinaria y la sensación dolorosa durante el coito el tratamiento con Antidepresivos Tricíclicos, como la Amitriptilina, 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 se “fabrican” de forma casera.

Relacionado con el anterior está la Bomba de Vacío que se trata de un aparato que se coloca el pene 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 E²⁵, 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 está pensada para la autoinyección, que es la que da autonomía al paciente para poder utilizar el tratamiento cuando lo desee. La infiltración ha 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 5-10mcg. de Alprostadil²⁵, 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. La respuesta es favorable hasta en el 80% de los pacientes.

Actualmente el Alprostadil también se puede administrar en crema para introducirla en la uretra o bastoncillos uretrales.

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 Sildenafil, principio activo de la “fa-

mosa” pastilla azul (Viagra), que ha revolucionado el campo de la disfunción eréctil, llegándose a hacer incluso un uso indebido del tratamiento.

En la actualidad existen diversos inhibidores de la fosfodiesterasa 5 en el mercado, que comparten el mecanismo de acción pero que se diferencian fundamentalmente en el tiempo que precisa para iniciar el efecto y en la duración del mismo en cada uno de ellos.

Además del Sildenafil actualmente se dispone del Tadalafilo, denominado comercialmente Cialis, Vardenafilo de nombre comercial Levitra y Avanafilo Spedra. En la actualidad se dispone de genéricos de los primeros con una clara rebaja del precio de los mismos.

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 Sildenafil, 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 Sildenafil 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 30-45 minutos. El Avanafilo es el más rápido de acción y de una duración habitualmente menor de varias horas.

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 Sildenafil 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 presentación que puede ser usada de forma diaria de 5mg, que también está indicada para tratar la hiperplasia benigna de próstata, 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 cardíaca, ru-

bor 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 sí sola la Cardiopatía Isquémica no sería una contraindicación 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 está abocada al fracaso. Actualmente estas sustancias activas no están cubiertas por el sistema público de salud y precisan de receta médica para su dispensación.

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

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

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

Avanafil que dispone así mismo de tres dosis distintas 50, 100 y 200mg.

De forma práctica recomendamos a los pacientes, por motivos económicos, que si inicia tratamiento con Sildenafil adquirir el comprimido de 50mg 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 25mg y de 50mg son bastante similares. Algunos pacientes también realizan la misma práctica con el Tadalafil. Los Inhibidores de la Fosfodiesterasa 5 obtienen una tasa de respuesta hasta el 60% de los casos.

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 náuseas y vómitos, hoy en día no es utilizada por nuestros pacientes.

Otras alternativas para la disfunción eréctil son la aplicación tópica de nitratos, que como ya hemos comentado son vasodilatadores, pero que actualmente no son de uso habitual, también existen cremas tópicas que mezclan prostaglandinas y óxido 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 está bien establecida, tanto en lo referente a la dosis mínima eficaz, como a si la medicación se debe emplear de forma continua o solo ocasionalmente antes de la relación sexual. La Yohimbina se suele emplear asociada a antidepresivos, fundamentalmente Trazodona. Actualmente dadas las alternativas terapéuticas existentes no se emplea.

En el supuesto que en lugar de conseguir un orgasmo satisfactorio se desencadena 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 pero se pueden emplear los distintos fármacos que se usan en la mujer para esta misma clínica. 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 o aplicación local como el Alprostadil, que si está 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 between neurological and urological status in patients with Multiple Sclerosis*. *J Urology*, 1984; 132: 499-502.
5. McGuire E J, Savastano J A: *Urodynamic finding and long-term outcome 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 urodynamic 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.
26. Mehnert UI, Nehiba M *Neuro-urological dysfunction of the lower urinary tract in CNS diseases: pathophysiology, epidemiology, and treatment options Urologe A.* 2012 Feb;51(2):189-97.
27. Donzé C1,Hautecoeur P: *Urinary, sexual, and bowel disorders in early-stage multiple sclerosis]. Rev Neurol (Paris).* 2009 Mar;165 Suppl 4:S148-55.
28. Fletcher SG1, Castro-Borrero W, Remington G, Treadaway K, Lemack GE, Frohman EM: *Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis: a multidisciplinary approach to evaluation and management. Nat Clin Pract Urol.* 2009 Feb;6(2):96-107.
29. Antonella Conte, Antonella Giannantoni, Marilena Gubbiotti, Simona Pontecorvo, Enrico Millefiorini, Ada Francia, Massimo Porena and Alfredo Berardell *Intradetrusorial Botulinum Toxin in Patients with Multiple Sclerosis: A Neurophysiological Study .Toxins* 2015, 7, 3424-3435;
30. Phé V^{1,2}, Chartier-Kastler E¹, Panicker JN² *Management of neurogenic bladder in patients with multiple sclerosis. Nat Rev Urol.* 2016 May;13(5):275-88.

CUIDADOS EN PACIENTES CON EM: DISFUNCIÓN URINARIA

Mercedes Ramón García

Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital General.
HU Virgen del Rocío (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.

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 pie 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.



Figura 1

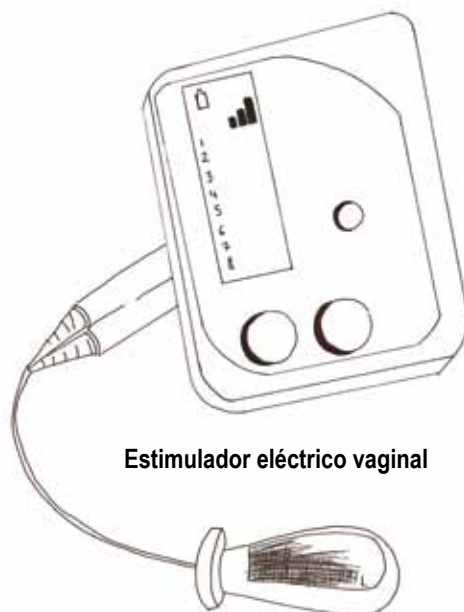


Figura 2

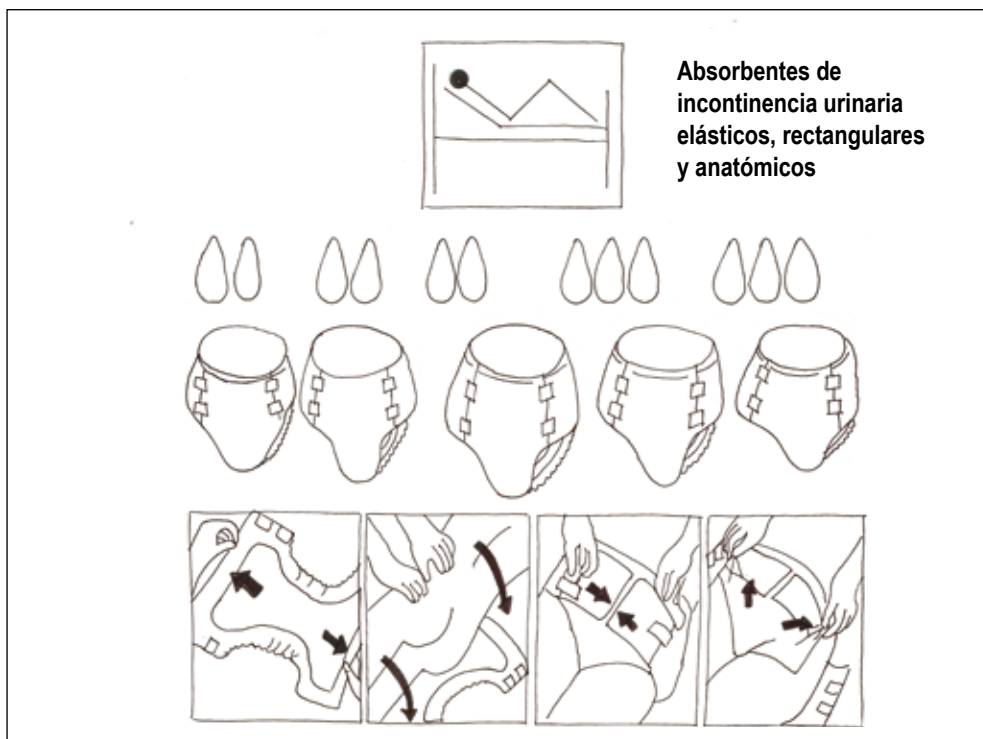
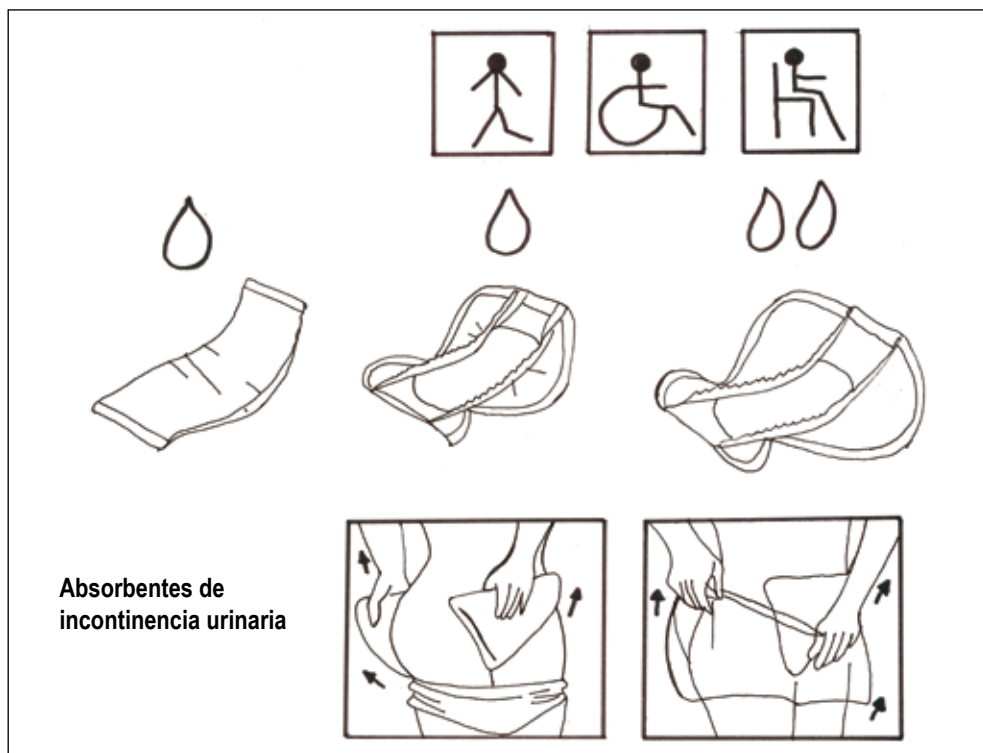
TERAPIA DE ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA (Figura 2): estimulación de los músculos pudendos o sacros utilizando electrodos vaginales para inhibir la actividad del detrusor o para mejorar la musculatura del suelo pélvico. Se trata de transmitir pequeñas descargas eléctricas de bajo voltaje que provoquen la contracción 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: Existe gran cantidad de absorbentes en el mercado, pero utilizaremos el más adecuado en función del grado de incontinencia, complejidad física y estado físico del paciente.

La elección del absorbente más adecuado se realiza en función del grado de incontinencia, de la complejidad 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.



- 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 lavararlo 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.



Colocación del colector

- Colectores (Figura 3): 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 (Figura 4). Favorece mayor autonomía del paciente.

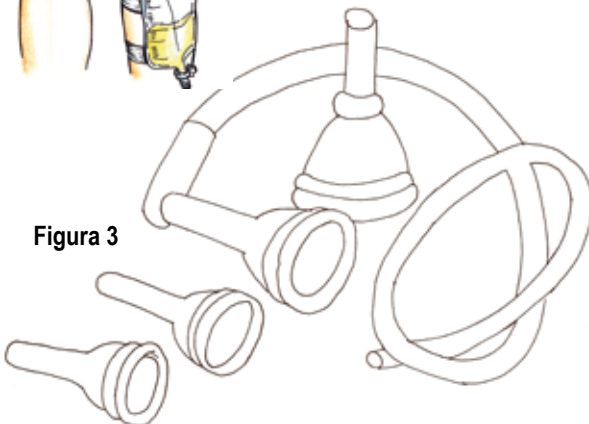


Figura 3

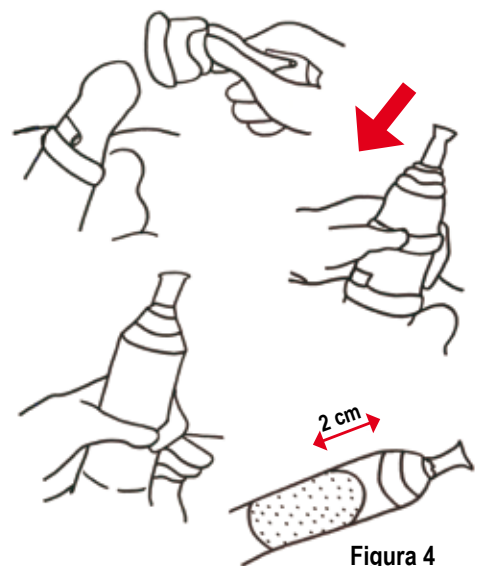


Figura 4



Figura 5. Sonda vesical

- Sondaje vesical: 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 (Figura 5), 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 orina o se puede taponar.

Hay varios tipos (Figura 6) y tamaños (12 Fr., 14 Fr., 18Fr.,...). 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

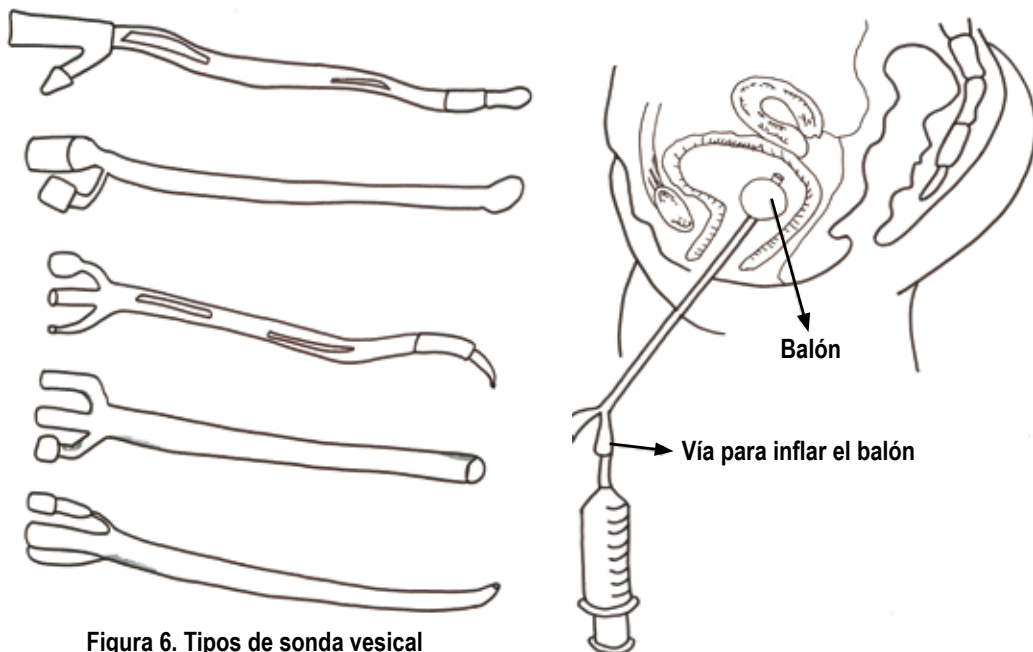


Figura 6. Tipos de sonda vesical

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

CUIDADOS EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL

Mercedes Ramón García

Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital General.
HU Virgen del Rocío (Sevilla)

Introducción

Existen dos situaciones que suponen un fuerte impacto en la vida social de las personas que lo padecen, y un déficit en su calidad de vida, no tanto por las manifestaciones físicas que lo provocan como por los hábitos sociales y conductas que evitan relaciones personales. Estas situaciones son la incontinencia urinaria y la incontinencia fecal y afectan a la imagen corporal, la autoestima, las relaciones de pareja y las relaciones sociales.

La incontinencia fecal afecta a individuos de todas las edades, aunque es más frecuente en las mujeres y en las personas de edad avanzada.

Para mejorar este trastorno es necesario conseguir un patrón intestinal regular y evitar así los episodios de incontinencia fecal, consiguiendo de esta forma un incremento en la calidad de vida de los pacientes.

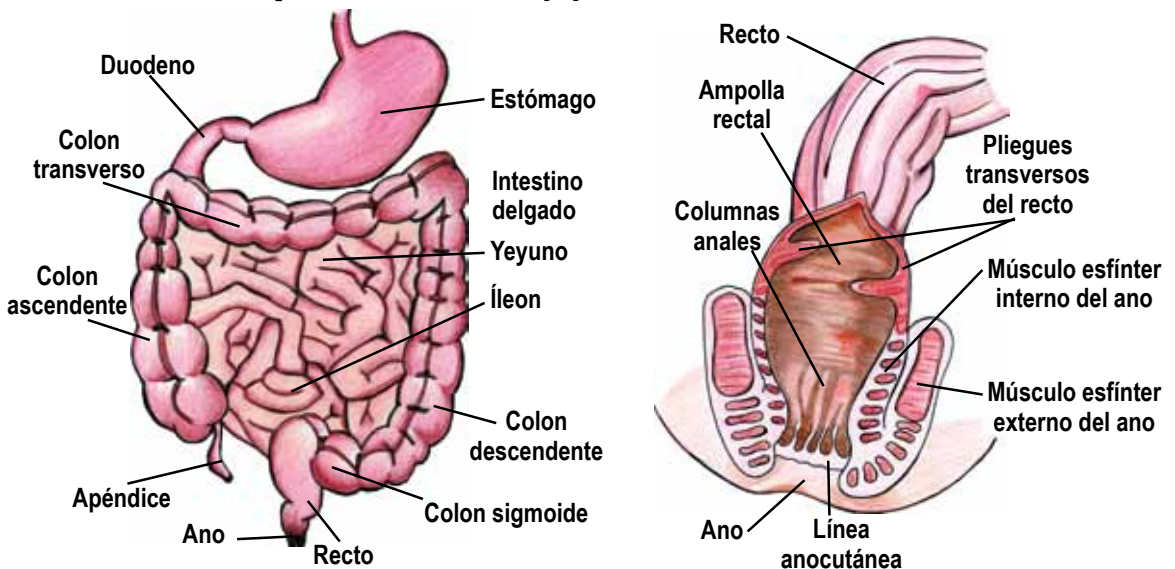
Encopresis o incontinencia fecal

La incontinencia fecal es la pérdida involuntaria de heces debido a la incapacidad para controlar la defecación.

Las personas que padecen incontinencia fecal tienen dificultad para el control de sus intestinos, de manera que tanto la materia fecal como los gases salen sin control en el momento menos esperado.

Recuerdo anatómico

El intestino delgado es un tubo de unos 6m de longitud y unos 2cm de grosor, que se encuentra situado en el abdomen a continuación del estómago, y se divide en tres porciones: duodeno, yeyuno e íleon.



A continuación se encuentra el intestino grueso, de unos 2m de longitud y unos 6-7cm de grosor, dividido a su vez en tres porciones: colon ascendente, colon transverso y colon descendente.

El intestino grueso finaliza en el recto, de unos 12-15cm de longitud, y el canal anal, de unos 3-4cm, que comunica con el exterior. El canal anal está rodeado de una musculatura pélvica muy potente, y contiene el esfínter anal interno, el externo, las glándulas anales y los plexos hemorroidales.

El recto y el esfínter anal interno están inervados por el sistema simpático y parasimpático (son involuntarios), y el esfínter anal externo tiene inervación somática (voluntaria).

Mecanismo de la defecación

La defecación depende en gran parte de la actividad motora del colon (contracciones segmentarias, no propulsivas, del contenido intestinal, contracciones peristálticas propulsivas, para el traslado del bolo fecal hacia el colon izquierdo, y contracciones segmentarias, no propulsivas, que facilitan la reabsorción del contenido intestinal). El contenido intestinal que llega a la ampolla rectal estimula la pared del recto y produce sensación de “ganas de defecar”, que va acompañado de una relajación refleja del esfínter anal interno. La musculatura abdominal y el músculo elevador del ano se contraen y se relaja el esfínter externo. Esta última fase es voluntaria. Los dos esfínteres están contraídos normalmente.

La continencia fecal depende del funcionamiento normal del aparato neuromuscular anorrectal, y se ve afectada por la consistencia y la llegada de las heces, las características de la materia fecal, los elementos que actúan como reservorios (colon sigmoide y recto), de la adaptabilidad rectal y de las estructuras que ejercen de barrera (esfínteres anales interno y externo).

Existe una sensibilidad específica por la que se reconoce el paso de gas y heces, y una distensión rectal que se traduce en “deseo de defecar”.

Causas de la incontinencia fecal

- **Diarrea:** cuando las heces son flojas o líquidas, llenan el recto rápidamente y son más difíciles de retener que las heces sólidas. La probabilidad de no llegar al baño a tiempo aumentan.
- **Estreñimiento:** cuando se acumulan heces grandes y duras, el recto se estira y los músculos del esfínter interno se dilatan por reflejo. Detrás de las heces duras se acumulan heces acuosas que se escapan alrededor de las heces duras provocando diarrea por rebosamiento.

- **Daño muscular:** cuando se llena el recto, este se distiende para tener espacio suficiente para retener la materia fecal que viene del colon. En condiciones normales, se percibe cuándo la materia fecal llena el recto, aparece la sensación de urgencia o el deseo de evacuar y los músculos que rodean al recto aumentarán su tono para contener las heces. En caso de lesión de los músculos del esfínter anal se puede padecer incontinencia fecal. Los músculos del esfínter debilitados no realizan fuerza suficiente para mantener el ano cerrado y evitar la salida de heces. Esta situación puede darse en traumatismos, cirugía de cáncer, partos vaginales difíciles con episiotomías importantes o uso de fórceps, abuso crónico de laxantes o en cirugía anal o rectal.
- **Daño neurológico:** el daño en las fibras sensitivas, motoras y autonómicas del sistema nervioso entérico, que controlan la capacidad del recto y del ano para contraerse, puede dar como resultado la incontinencia. Este daño puede darse como consecuencia de partos vaginales complicados, intervenciones quirúrgicas anorrectales, o el estreñimiento. La sensación anorrectal (ganas de ir al baño) conservada no sólo aporta un aviso para evacuar de forma inminente sino que también ayuda a discriminar entre heces formadas, líquidas o gases. El daño de la sensación anorrectal puede llevar a la acumulación excesiva de heces, causando fecalomas (masa de heces muy seca que se forma por retención prolongada en intestino grueso), megarrecto (dilatación extrema del recto) o hiperflujo rectal y puede producirse por el daño neurológico producido en la Esclerosis Múltiple, Diabetes Mellitus, Accidente Cerebro Vascular (AVC) o lesiones de la médula espinal. Algunos analgésicos (particularmente los opiáceos) y los antidepresivos pueden dañar la sensación rectal y producir de esta forma incontinencia.
- **Deterioro de la distensibilidad rectal:** es la pérdida de elasticidad en el recto. El recto es un reservorio distensible y cuando no puede estirarse lo suficiente para retener las heces, aparece el riesgo de incontinencia fecal. Las causas pueden ser la radioterapia, la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y una infiltración tumoral del recto. La cirugía rectal o las lesiones de la médula espinal pueden estar asociadas a una pérdida de la de distensibilidad.
- **Otras causas:** hemorroides, fístulas y fisuras. Las hemorroides externas pueden provocar la imposibilidad de cierre del esfínter externo.
- **Vida sedentaria:** la inactividad física aumenta el riesgo de estreñimiento. Los adultos mayores con patologías crónicas van a desarrollar mayor riesgo de padecer incontinencia fecal relacionada con el estreñimiento.
- **Edad avanzada:** con la edad se debilitan todas las estructuras musculares del cuerpo, y por supuesto los músculos ano-rectales y los que forman la base de la pelvis, aumentando el riesgo de aparición de incontinencia fecal.

Cuidados en la incontinencia fecal

El objetivo es el control de la eliminación de las heces y mantener la piel que rodea el ano limpia, seca y en buen estado. Para ello recomendamos una serie de medidas que ayudarán a mejorar la calidad de vida del paciente:

Modificar el estilo de vida: control de la obesidad, el sedentarismo y el tabaquismo.

Alimentación: Cambios en la dieta

– Ingesta de cantidad adecuada de fibra soluble para retrasar el vaciado gástrico y controlar la consistencia de las heces. La fibra se encuentra en el salvado de avena, el arroz, garbanzos, berenjenas, zanahorias, pan, manzanas, etc. La cantidad de fibra diaria que se debe consumir es de 20 a 35gr de fibra diaria en adultos y la edad + 5 para los niños (niño de 10 años debe consumir unos 15gr de fibra).



ALIMENTOS RICOS EN FIBRA (gr de fibra/100 gr de alimento)									
LEGUMBRES		CEREALES		FRUTOS SECOS		FRUTAS		VERDURAS	
Alubias	25,4	Salvado de maiz	85	Higos secos	18,5	Manzana	12	Espárragos lata	32
Habas secas	19	Salvado de trigo	44	Ciruelas secas	16,1	Nispero	7	Zanahoria cruda	23
Guisantes	16,7	Salvado de avena	5	Almendra	14,3	Plátano	10,2	Lechuga	21
Garbanzos	15	Corn Flakes	10,3	Avellana	10	Membrillo crudo	6,4	Tomate crudo	13
Lentejas	12	Pan integral	8,5	Dátiles	8,7	Aceituna	4,4	Patata cruda	9
		'Krispies' de arroz	4,2	Cacahuetes	8,1	Higos y brevas	2,5	Espinacas	6,3
		Pan blanco	3	Uvas pasas	6,8	Peras	2,3	Acelgas	5,6
				Castaña	6,8	Fresa y fresón	2,2	Guisantes	5,2
				Nueces	5	Albaricoque	2,1	Habas	4,2
						Ciruela	2,1	Alcachofas	4
						Naranja	2	Coles y repollo	3,3
						Mandarina	2	Remolacha	3,1
						Chirimoya	2	Judía verde	2,9
								Nabo	2,8
								Boniato y batata	2,5
								Champiñón y seta	2,5
								Coliflor	2,1
								Cebolla	2

– Retirar alimentos que puedan producir intolerancia o puedan resultar irritantes (nuez moscada, especias picantes, quesos, fritos, carnes de caza, edulcorantes en bebidas dietéticas y chicles y dulces sin azúcar, incluidos sorbitol, xilitol, manitol y fructosa, etc.).

MUY ÁCIDOS	ALGO ÁCIDOS	ALGO ALCALINOS	MUY ALCALINOS
 Azúcar, colas y café	 Quesos	 Naranjas y manzanas	 Verduras de hoja verde
 Carnes rojas	 Pescados	 Brocoli y zanahorias	 Sandía
 Patatas fritas	 Bebidas alcohólicas	 Aguacate	
 Azúcar	 Lácteos	 Almendras	

– Ingesta de líquidos: el agua es el líquido principal en la dieta. Se debe consumir entre 1.5 y 2 litros de agua diarios. Evitar bebidas irritantes que pueden incrementar la incontinencia fecal (cafeína, alcohol, leche, bebidas con gas, etc.).

Revisión de la medicación: Algunos medicamentos pueden llegar a producir estreñimiento:

- Antihipertensivos.
- Anticolinérgicos.
- Analgésicos / narcóticos.
- Sedantes / tranquilizantes.
- Antidepresivos tricíclicos.
- Algunos antibióticos.
- Antiácidos.
- Diuréticos.
- Complementos férricos.

Educación intestinal: cuando comemos se producen contracciones en el intestino grueso que empujan las heces al recto, aumentando la posibilidad de que se expulsen gases y aparezcan ganas de ir al baño después de comer. Es

posible que las personas con incontinencia fecal eviten las comidas en lugares públicos o reuniones sociales para evitar la situación. La educación intestinal contribuye a controlar esas situaciones y hacer más llevadero el problema.

El objetivo es planificar el momento de ir al baño. Consiste en una educación intestinal para intentar tener deposiciones en un momento concreto del día. De forma progresiva el organismo se acostumbra a un patrón de deposiciones regulares, reduciendo el estreñimiento y la incontinencia fecal. Para conseguir este objetivo es necesario mucha perseverancia ya que puede llevar mucho tiempo y esfuerzo por parte del paciente.

La terapia del vaciamiento programado consiste en establecer una rutina horaria anticipándose a las posibles fugas.

Son muy efectivas la técnica del masaje abdominal (masaje suave de la zona abdominal en sentido de las agujas del reloj) o la maniobra de Valsalva, que consiste en exhalar aire con la glotis cerrada o con la boca y la nariz cerradas.

Medicamentos que facilitan o regulan el tránsito del bolo fecal por el tracto gastrointestinal

- Supositorios de glicerina para lubricar el bolo fecal y estimular su evacuación. Introducir el supositorio contra la pared del recto.
- Enemas utilizados esporádicamente.
- Tratamiento farmacológico con agentes formadores de masa, con el objetivo de incrementar el volumen de las heces y favorecer la contención. Pueden llegar a emplearse fibras sintéticas y laxantes bajo control médico.

Ejercicios del suelo pélvico y biorregulación

- El fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico contribuye a la mejora del control intestinal. Consiste en contraer y relajar los músculos del suelo de la pelvis de 50 a 100 veces al día, manteniendo la contracción durante 10 segundos cada vez, y descansando como mínimo 10 segundos entre cada contracción. La efectividad de los ejercicios comienza a dar resultados entre 6-12 semanas.
- La terapia de biorregulación sirve para mejorar la conciencia que tiene el paciente de las sensaciones en el recto. Consiste en aprender coordinar las contracciones del músculo del esfínter externo con la sensación de llenado rectal. Para ello se utilizan sensores especiales que incluyen presión o sensores en el ano, sensores de presión en el recto y una sonda en el recto para producir sensaciones graduales del recto lleno. Los datos se traducen en so-

nidos o gráficos de líneas que el profesional utiliza para planificar una serie de ejercicios que el paciente practicará en casa.

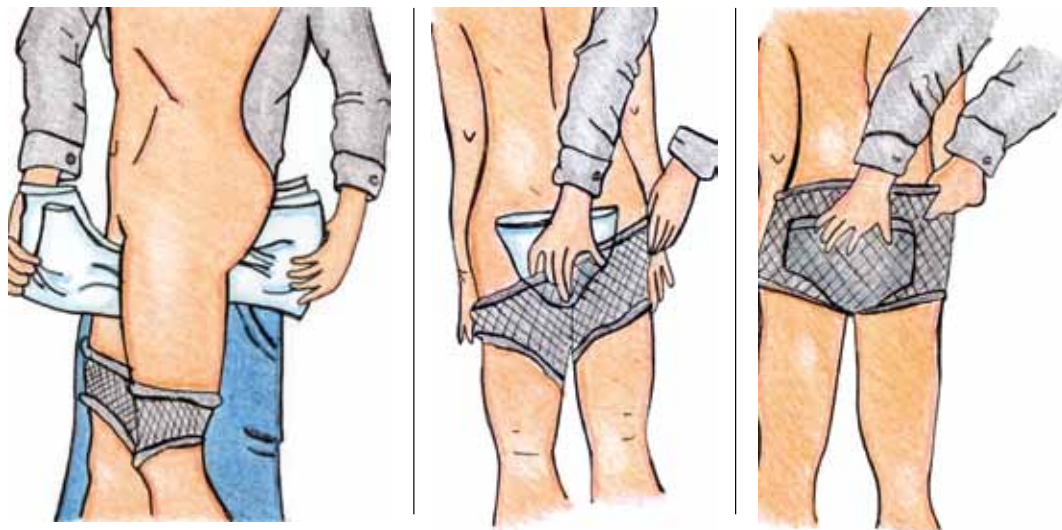
Estimulación eléctrica: consiste en la colocación de electrodos en los nervios del ano el recto y se estimulan continuamente con impulsos eléctricos. Debajo de la piel se coloca un pequeño estimulador. La intensidad de los impulsos se regula en función de la persona que podrá apagar el estimulador en cualquier momento.

Tratamiento de las comorbilidades: un tratamiento eficaz de las siguientes alteraciones y enfermedades pueden reducir la prevalencia de la incontinencia fecal y urinaria: diabetes, el síndrome de intestino irritable, la enfermedad inflamatoria del intestino, alteraciones neurológicas, la depresión, la diarrea, el estreñimiento, la escasa motilidad física y la urgencia fecal y urinaria. Se deberá reconsiderar el uso y abuso rutinario de la episiotomía durante el parto que se asocia con lesión del esfínter e incontinencia fecal.

Cirugía: es una opción en caso de que no mejore con otros tratamientos, o para la incontinencia fecal causada por lesiones en el suelo pélvico o el esfínter anal.

Cuidados de la piel

- Lavar la zona después de una deposición: limpiarse con papel higiénico irrita más la piel y debe evitarse. Las toallitas humedecidas sin alcohol son una mejor opción. Lo ideal es el lavado con agua tibia y jabón neutro.
- Mantener la zona seca y aislada de la humedad: secar de forma suave y con toallas de algodón. Utilizar alguna crema barrera contra la humedad, que forme barrera entre la piel y las heces.



- Usar ropa y ropa interior que permita el flujo de aire y mantener la piel seca: las prendas ceñidas o la ropa interior sintéticas que bloquean el aire pueden empeorar los problemas de la piel. Cambiar la ropa interior sucia lo antes posible.

- Uso de absorbentes. Los absorbentes de incontinencia desechables se dividen en tres tipos, y se catalogan por el Ministerio de Sanidad y Consumo según su capacidad de absorción:

– ABSORBENTE DÍA	de 600 a 900 ml.
– ABSORBENTE NOCHE	de 900 a 1.200 ml.
– ABSORBENTE SUPER-NOCHE	más de 1.200 ml.

Tipo o forma del absorbente:

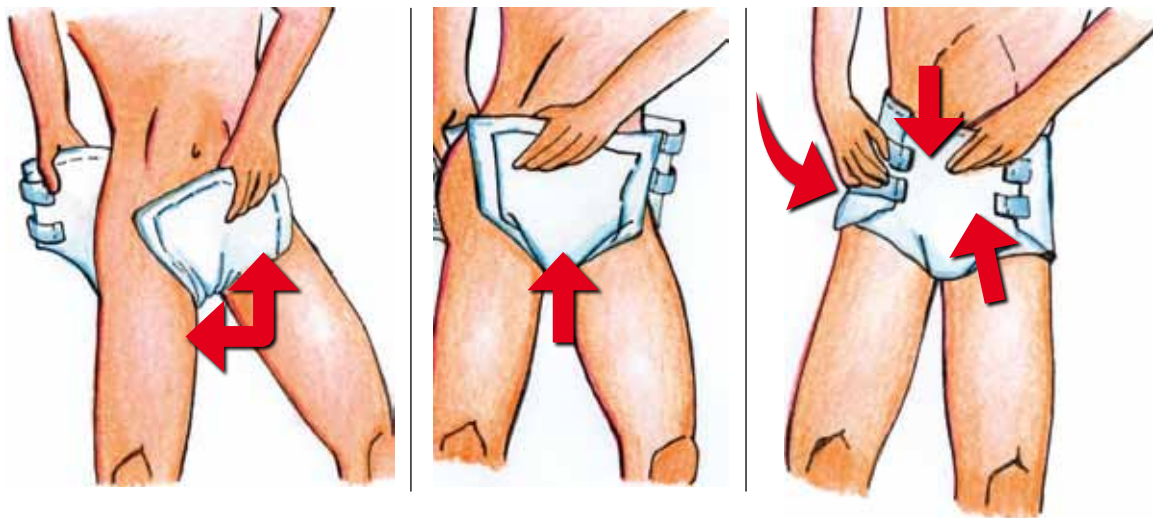
- Rectangular y anatómico: compresas rectangulares y compresas anatómicas.

El absorbente rectangular y el anatómico se sujetan mediante una malla slip elástica que permite una mejor adaptación al cuerpo del paciente.

- Anatómico elástico: los absorbentes elásticos se sujetan mediante etiquetas autoadhesivas reposicionables que permiten efectuar comprobaciones y curas con facilidad y colocar de nuevo el absorbente si éste sigue en condiciones óptimas.

Tipo o forma del absorbente:

– TALLA PEQUEÑA	Cintura de 50 a 80 cm.
– TALLA MEDIANA	Cintura de 70 a 125 cm.
– TALLA GRANDE	Cintura de 100 a 150 cm.



CAPACIDAD	TIPO	TALLA	ABSORCIÓN
DÍA	Rectangular	Única	>600ml
DÍA	Anatómico	Única	>600ml
DÍA	Anatómico con elásticos	Pequeña	>600ml
NOCHE	Anatómico	Única	900-1200ml
NOCHE	Anatómico con elásticos	Pequeña	900-1200ml
NOCHE	Anatómico con elásticos	Mediana	900-1200ml
NOCHE	Anatómico con elásticos	Grande	900-1200ml
SUPER-NOCHE	Anatómico	Única	>1200ml
SUPER-NOCHE	Anatómico	Mediana	>1200ml
SUPER-NOCHE	Anatómico con elásticos	Grande	>1200ml

Consejos prácticos para pacientes con incontinencia fecal

- Al salir de casa es aconsejable llevar un bolso con material de aseo y una muda de ropa de repuesto.
- Localizar los baños públicos de la zona donde vayamos a movernos.
- Ir al baño justo antes de salir de casa.
- Utilizar ropa interior desechable durante las salidas.
- Utilizar desodorantes fecales.
- Sea constante en el plan estipulado, sea el que sea.
- Inicie y mantenga un programa regular de ejercicio físico.
- Planifique un horario regular para la evacuación, aproveche el reflejo gastrocólico durante los 20 ó 30 minutos posteriores a las comidas, especialmente después del desayuno.
- Integre la planificación con sus costumbres, estilo de vida y cultura.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Tello M., Morales Asencio JM. (Eds). *Guía para cuidadoras de personas dependientes*. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria Málaga 2007.

Morilla Herrera JC. (Eds) *Guía de Atención enfermera a pacientes con Incontinencia Urinaria. Tercera edición*. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Málaga 2007.

Rao SS. *Fisiopatología de la Incontinencia Fecal en los Adultos*. [Pathophysiology of Adult Fecal Incontinence]. *Gastroenterology* 126 (Supl. 1):14-22, Ene 2004.

I. Pascual Moreno, V. Sanchiz Soler y M. Mínguez Pérez. *Incontinencia fecal. Servicio de Gastroenterología*. Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Pascual I., Peña A., Mínguez M., Benages A. *Incontinencia fecal en Enfermedades del aparato digestivo*. Medicine. Madrid: Idepsa, 1996: 206-211.

Dr. Claudio Wainstein G. , Dr. Rodrigo Quera P. , Dra. María Isabel Quijada G. *Incontinencia Fecal en el adulto: Un desafío permanente*. Departamento de Cirugía, Centro de Especialidades en Piso Pelviano (CEPP), Clínica Las Condes.

Luis Charúa Guindic, Teresita Navarrete Cruces. *Incontinencia fecal*. REVISTA MEDICA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S.S. Vol. 69, Núm. 1 Ene.-Mar. 2006. pp 36 – 45.

Zabay Neiro C. *Incontinencia fecal en personas afectadas por la esclerosis múltiple* Hospital de Día de Reus “Mas Sabater” de la Fundació Esclerosis Múltiple. Agosto 2013.

J. Holland n. , RN, EdD. *Problemas intestinales con Esclerosis Múltiple en la Práctica Clínica*, New York, Demos Medical Publishing, 1999.

FISIOTERAPIA EN LA INCONTINENCIA URINARIA

**Cristina Sánchez Palacios
Almudena Ramírez Cabrales**

Fisioterapeutas de la Asociación Sevillana de
Esclerosis Múltiple (ASEM)

Introducción

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra objetivamente demostrable y que se produce en un lugar inadecuado, acarreando un problema social e higiénico. Afecta a ambos sexos (con predominio femenino), deteriorando la calidad de vida, autonomía, vida social, laboral y sexual de la persona que la padece. En la incontinencia urinaria la fisioterapia es uno de los tratamientos de elección, por lo que es de vital importancia que la población sea informada de los beneficios que aporta en la reeducación del suelo pélvico en dicha patología.

Las personas afectadas de Esclerosis Múltiple (EM) presentan un tipo determinado de incontinencia urinaria llamada de urgencia, originada por las lesiones que presentan en las diferentes estructuras del SNC.

Recuerdo anatómico del suelo pélvico

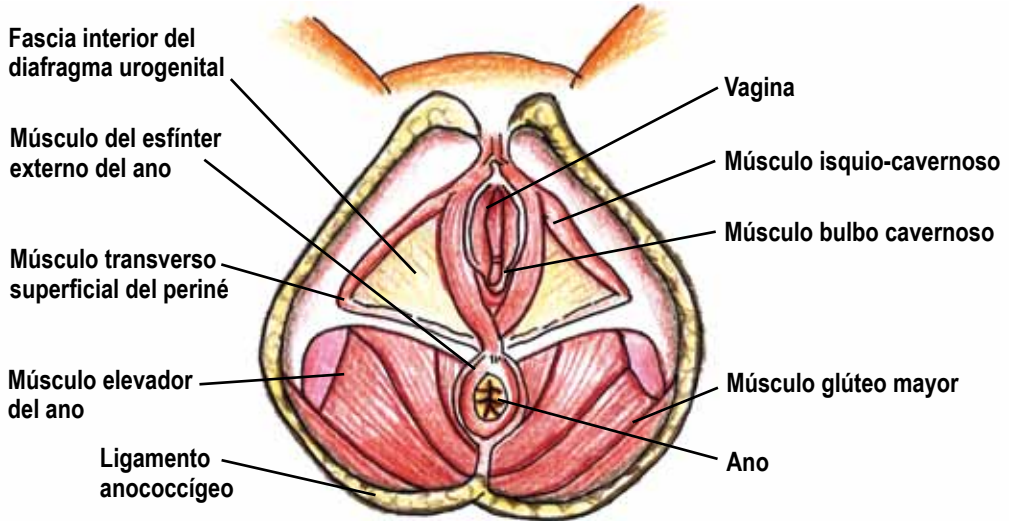
El suelo pélvico es un conjunto de estructuras que cierran en forma de rombo o diamante el estrecho inferior de la cavidad abdominopelviana. Los elementos que lo componen son:

- Cuatro huesos: los dos ilíacos, el sacro y el coxis.
- Cuatro articulaciones: dos sacroilíacas, la sacrocoxígea y la sínfisis pubiana.
- Ligamentos: el úterosacro que se origina en el útero (masculino y femenino) y se inserta en S1-S2-S3, el ligamento pubovesical que va del pubis a la parte anterior de la vejiga y el ligamento anocoxígeo.
- 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.

Musculatura distribuida en tres planos:

- **Plano Superficial:** el conjunto de la musculatura de este plano superficial no interviene en la continencia urinaria.

PLANO SUPERFICIAL



- **Plano Medio:**

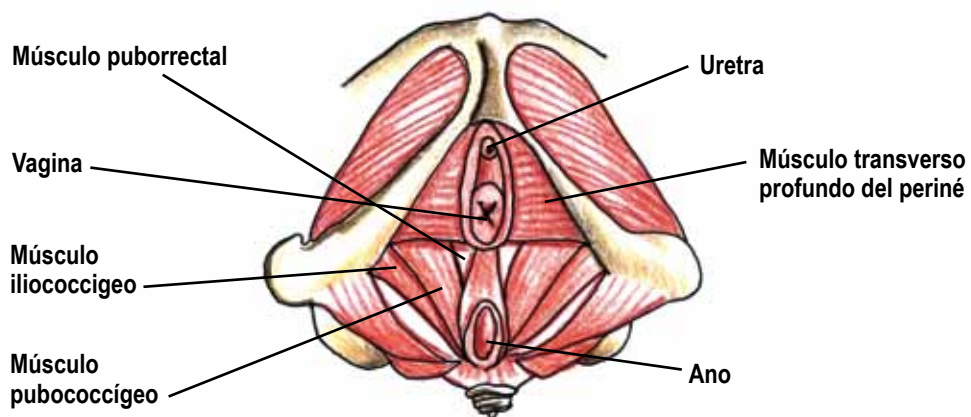
- *Esfínter estriado (externo) de la uretra:* tiene la función de cierre activo y pasivo. Este músculo es esencial en la continencia urinaria.

- *Transverso Profundo:* su función es de sostén visceral, sobre todo para la base vesical, y participa en la erección.

- **Plano Profundo:**

- *Parte anterior:* compuesta por el pubovaginal y el puborectal.

PLANO PROFUNDO



- *Parte posterior*: compuesto por el elevador del ano formado a su vez por tres fascículos, el pubocoxígeo, el íleocoxígeo y el isquiocoxígeo, con origen en la espina isquiática e inserción en el borde externo del coxis. El elevador del ano es una de las musculaturas esenciales para la rehabilitación del suelo pélvico por el fisioterapeuta.

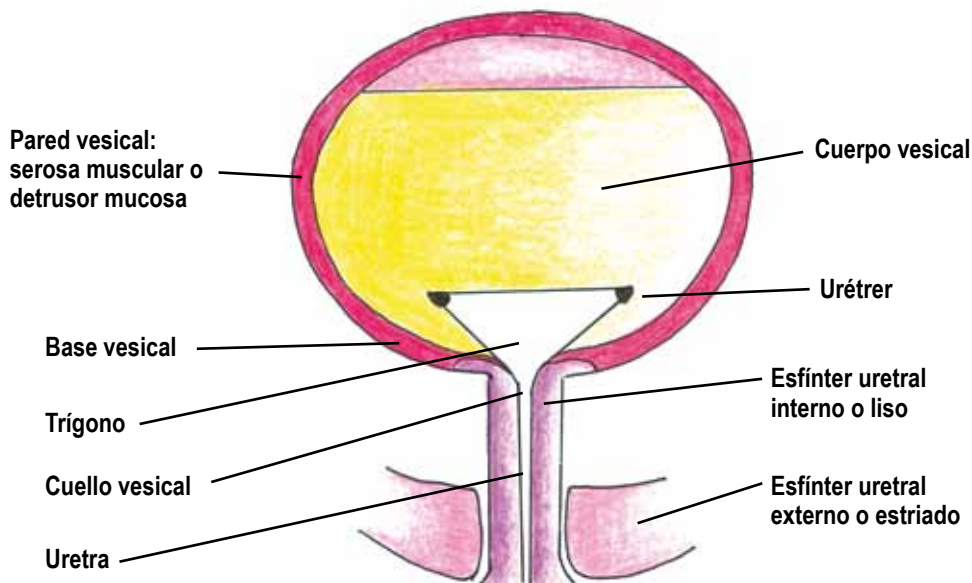
Recuerdo anatómico del aparato urinario

La vejiga urinaria se encuentra situada en la pelvis, apoyada sobre el pubis y la porción adyacente del suelo pélvico, 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) o 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

TRACTO URINARIO INFERIOR



del sistema esfinteriano mientras que en el hombre sólo la porción prostática tiene esta misión.

En cuanto a la inervación del aparato vesicoesfinteriano va a ser doble: vegetativa (simpática y parasimpática) y somática. El centro simpático constituye 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 va a constituir 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 conforma el nervio pudendo que es el encargado de inervar la musculatura estriada del suelo pélvico.

En el control de la micción también interviene una serie de centros superiores cerebrales. El córtex o área motora del detrusor y el núcleo pontino son los responsables del control consciente y voluntario de la micción.

Centros corticales

1. Frontal
2. Parietal

Centros subcorticales

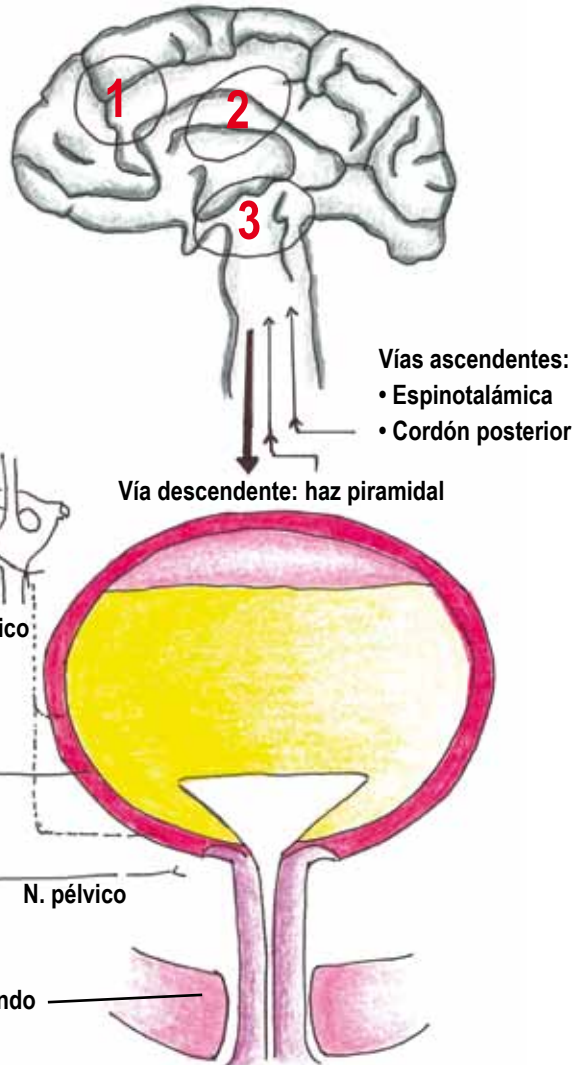
3. Mesencéfalo, hipotálamo, protuberancia

Centros medulares

Centros simpáticos D10 a L2

N. hipogástrico

Centros parasimpáticos S2 a S4



Vías ascendentes:

- Espinotalámica
- Cordón posterior

Vía descendente: haz piramidal

N. pélvico

N. pudendo

Fisiología de la micción normal

Existen fundamentalmente dos circuitos básicos de funcionalismo vesicouretral en la regulación neurofisiológica de la micción:

- **Automatismo vesicoesfinteriano:** el aumento de la cantidad de orina contenida en 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.
- **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 para iniciar las contracciones, o sobre el esfínter para relajarlo.

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 pérdidas de orina aparecen cuando las fuerzas de expulsión desbordan a las fuerzas de retención.

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).

Cuando existe algún tipo de disfunción en la vejiga, provocada por un trastorno o lesión neurológica da lugar a la vejiga neurógena, donde no existe el equilibrio vesicoesfinteriano.

Tipos de incontinencia urinaria

Según la clínica podemos hacer la siguiente clasificación:

- **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, transmitida a la vejiga, supera la presión de cierre. Características:

- No existen contracciones del detrusor.
- El paciente orina al toser, reír, levantar peso,...
- Un factor decisivo 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:** es la que van a presentar las personas afectadas de EM y 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 ambas. 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 patología 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.

En las vejigas neurógenas no existe el 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.

• **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, Accidente Cerebrovascular (AVC),...

Se caracteriza por la enuresis 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 la persona 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.

Tratamiento fisioterapéutico en la incontinencia urinaria

El tratamiento fisioterapéutico para los problemas de incontinencia representa una terapia no invasiva, de bajo o nulo riesgo, sin efectos secundarios, que debe ser tenido en cuenta como la primera línea de tratamiento de dicha patología.

Antes de elaborar un programa de tratamiento de fisioterapia tenemos que tener en cuenta las valoraciones multidisciplinares del paciente en cuestión (Urología, Ginecología y Obstetricia, Coloproctología y Fisiosexología).

El 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 100 cc.
- 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 la persona 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.

• **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.

Programa de tratamiento de suelo pélvico para la incontinencia urinaria

Antes de empezar el tratamiento fisioterapéutico propiamente dicho, el terapeuta tiene que enseñar al paciente unos conceptos básicos referentes al suelo pélvico, siendo uno de los más importantes la concienciación del periné en sus diferentes aspectos.

Conciencia del Periné

- Anatomía y funcionalidad.
- Primera impresión “en blanco” de la contracción muscular.
- Conexión:
 - Sobre pelota, globo, cojín,...
 - Presión, balanceo, estimulación táctil.
- Contracción:
 - Explicación, sensación, comentarios.
 - Corrección contracciones contaminantes (musculatura que no se debe contraer).
 - Limpiar la contracción.
- Contracción/relajación.
- Introducción de diafragma, respiración, transverso del abdomen,...
- Contracción/trabajo completo.
- Explicación de series/repeticiones/trabajo en casa.

A continuación se detalla el tratamiento anteriormente mencionado:

- Explicamos al paciente qué es el periné, dónde está, y qué funciones tiene. Nos podemos ayudar con soporte gráfico: láminas, dibujos,...

- Dando muy poca información, le pedimos que contraiga su periné, que llegue a él y a ver qué hace, qué siente y qué dice. Esto nos dará una idea del estado de su conciencia corporal sobre su periné y, lo más importante, le dará una idea a él mismo.

- Una vez hecho esto, le enseñamos a “conectar” con su suelo pélvico:

- Usaremos un globo, un cojín pequeño o una toalla hecha un rulo, y lo colocaremos debajo del paciente, de tal forma que éste se siente sobre él y sea capaz de percibir la presión que ejerce sobre su suelo pélvico (también se puede hacer sobre una pelota de Bobath o Filtball).

- Pediremos a la persona que se balancee hacia delante o hacia detrás, percibiendo cómo le presiona el periné anterior (uretra, vagina) o el periné posterior (ano).

Esta estimulación táctil ya sirve para despertar los receptores y trabajar la conciencia sobre esa zona de su cuerpo.

- Enseñamos la contracción del suelo pélvico.

- Notando la presión de la pelota, le pedimos que contraiga como si tuviera muchas ganas de orinar y no pudiera ahora. Dejamos al paciente sentir y que comentes esas sensaciones.

- Pedimos contracción con balanceo pélvico, para aumentar sensaciones.

- Concienciamos de tiempo contracción/relajación.

- Enseñamos a evitar contracciones contaminantes, a aislar la contracción del suelo pélvico.

- Una vez trabajado esto, pasamos a introducir la respiración:

- Inspiramos profundamente hinchando el abdomen.

- Espiramos relajando el abdomen y llevando el suelo pélvico hacia el ombligo.

- Espiramos llevando el ombligo hacia la columna vertebral; trabajo del músculo transversal del abdomen.

- Juntamos los dos ejercicios: al espirar llevamos el ombligo a la columna, y el suelo pélvico hacia el ombligo.

- Enseñamos series a repetir y calidad de la contracción frente a cantidad.

Técnicas fisioterapéuticas en la incontinencia urinaria

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.

- **Calendario miccional:** es una técnica muy eficaz y sencilla además de tener un coste nulo. Consiste en establecer, en función de las características del paciente, una frecuencia miccional fácilmente realizable que impida que se angustie por temor a las pérdidas de orina. 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 ingerir líquidos por medio 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 a la persona 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, se recomienda cortar el chorro de orina una vez iniciado (pipí-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.

Electroestimulación

El objetivo de la electroestimulación es conseguir la inhibición vesical. 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.

- **Corriente:** la empleada es una corriente rectangular bifásica simétrica. También puede usarse corriente interferencial pero se reserva para aquellos casos en los que quede descartada la corriente anterior por intolerancia.

- **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 en tratamientos domiciliarios. En este último caso la persona 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 máximo 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 cual-

quier 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 la farmacoterapia necesaria, lo que disminuye sus efectos adversos.

Ejercicios del suelo pélvico (Cinesiterapia)

Como ya hemos dicho anteriormente, la inhibición se logra activando el circuito inhibitor 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 que para localizar de una manera correcta estos músculos, realice las siguientes pruebas:

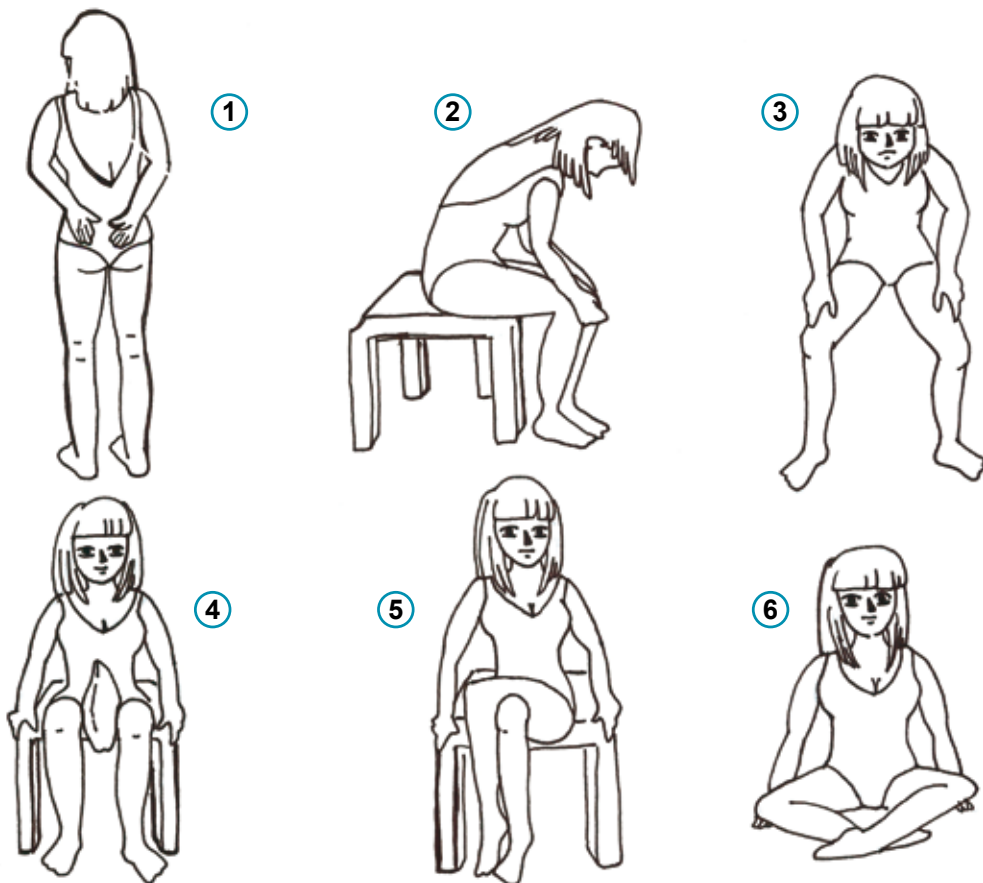
- Apretar fuerte como si quisiera detener el flujo de orina.
- Apretar el músculo de alrededor del ano como si se le fuesen a escapar gases.
- Cerrar, apretar y subir con fuerza los dos músculos, de esta forma está contrayendo los músculos del suelo pélvico.

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 para mujeres con déficit en suelo pélvico

1. De pie con las piernas bien separadas. Poner las manos en los glúteos y asegúrate que no los utilizas cuando tensas la musculatura del suelo pélvico hacia arriba y hacia dentro.
2. Sentada sin apoyar la espalda, curva la columna hacia dentro y contrae la musculatura del suelo pélvico. 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 pélvico 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 asiento.



Nota: Es muy importante que sea capaz de reaccionar ante repentinos ataques de tos, risas o ejercicios que aumenten la presión en la vejiga. Necesita practicar contracciones rápidas, contrayendo el suelo pélvico 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.

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, práctica 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.

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 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 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 al paciente como el verdadero actor de su terapia.

Mantenimiento después del tratamiento

- Es aconsejable realizar una autoevaluación cada seis meses, por ejemplo con los conos, si la persona nota que ha perdido tono muscular, debería hacer un poco de recuperación de nuevo.
- Se debe proteger la musculatura del suelo pélvico adquiriendo el hábito de contraerla cada vez que se vaya a hacer un esfuerzo abdominal (estornudar, toser, levantar un peso, correr, durante los saltos o impactos al practicar deporte, etc.).
- Realizar ejercicios del suelo pélvico contrayendo y relajándolos de vez en cuando y en todas las posiciones posibles, con contracciones rápidas, lentas y escalonadas.
- Recordar los hábitos cotidianos que perjudican el suelo pélvico para elevarlo (retener mucho tiempo la orina, empujar con fuerza para vaciar la vejiga, etc.).

Conclusión

La fisioterapia en la reeducación del suelo pélvico para mejorar la clínica de la incontinencia urinaria representa un tratamiento eficaz de dicha patología. Por esta razón, la fisioterapia es una opción de tratamiento valiosa en la asistencia a pacientes con incontinencia urinaria, tanto por sus resultados positivos, como por el bajo coste de dicho tratamiento. Debido a que este trastorno es un tema tabú para muchos afectados uno de los mayores inconvenientes para realizar un correcto tratamiento es la colaboración de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

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

Valacogne,G. *Reeducación en coloproctología*. 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*.

Fisioterapia en la reeducación del suelo pélvico. [Consulta Mayo 2017]. Disponible en <http://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-la-reeducacion-del-suelo-pelvico>

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LA PÉRDIDA DEL CONTROL DE ESFÍNTERES

Reyes Valdés Pacheco

Psicóloga Sanitaria de FEDEMA

La pérdida del control de esfínteres, incontinencia urinaria y/o fecal, tiene consecuencias tanto físicas (ej.: problemas de higiene, problemas en la piel, etc.) como psicológicas, ya que influyen en todos los aspectos de la vida de la persona que los padece, a nivel personal, familiar, social y laboral. Además, hay que añadir el elevado gasto económico que conlleva.

Los problemas de incontinencia pueden afectar al descanso porque la persona puede tener la necesidad de levantarse varias veces durante la noche, lo que puede provocar alteraciones del sueño y cansancio, influyendo de forma negativa en la fatiga propia de la EM, aumentando este síntoma.

También influye en la vida sexual de estos pacientes. El miedo a tener alguna pérdida durante la relación sexual hace que muchos opten por evitarlas.

Y por supuesto influye en el bienestar emocional de las personas que la padecen. Los sentimientos negativos que con más frecuencia pueden aparecer son:

- Reducción de la autoestima.
- Baja autonomía.
- Vergüenza de sí mismo y ante los demás.
- Inseguridad.
- Miedo.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Cambios bruscos de humor.
- Sentimientos de humillación personal.
- Inhibición de la sexualidad.
- Aislamiento social.
- Dificultades para afrontar los problemas.
- Deterioro de la calidad de vida.

La incontinencia urinaria y/o fecal, no sólo afecta a la persona que la padece también lo hace a toda su familia. Todos los miembros de la familia deberán educarse y aprender cómo tratar este síntoma. Es un tema difícil, ya que está estigmatizado.

Es importante que el reconocimiento de la incontinencia sea manejado con empatía y una gran muestra de apoyo. Es fundamental que las personas que rodean a los pacientes comprendan el impacto psicológico que tiene sobre todos los aspectos de la vida.

La incertidumbre que genera la posibilidad de tener un episodio de incontinencia puede anular a la persona, parece que todo gira a planificar cualquier salida para tener un baño cerca, con el fin de intentar controlar su problema. Presentar un episodio de incontinencia en un lugar público, suele ser la peor de las situaciones. Este miedo es causado por los sentimientos negativos que produce tener estos episodios. Es difícil controlar estas emociones y al mismo tiempo llegar a un baño, limpiarse, cambiarse la ropa, y volver a la actividad como si nada hubiese sucedido, sabiendo todo el tiempo que puede volver a suceder en cualquier momento. Se pueden volver personas inactivas y aisladas, limitando sus actividades.

Todo esto se suma a la frustración de vivir con la incontinencia. Algunas personas sienten que han cambiado de identidad como resultado de su incontinencia. Sienten que han sido controlados/as por la EM.

El manejo de la incontinencia depende de una variedad de factores. La aceptación y el apoyo son factores primordiales en su manejo. Es importantísimo ponerlo en conocimiento de los profesionales que pueden ayudar con un tratamiento multidisciplinar, programas individualizados de control de esfínteres y estrategias de afrontamiento.

El apoyo es de primordial importancia. Las personas pueden sentirse fortalecidas y mejor preparadas para manejar su incontinencia si no se sienten solos ni con temor para expresarse.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Reyes Valdés Pacheco

Psicóloga Sanitaria de FEDEMA

La Esclerosis Múltiple (EM) puede influir en mayor o menor medida a la sexualidad de la persona afectada y a la forma en cómo la vive.

Con frecuencia la EM se diagnostica en edades tempranas en las que la sexualidad juega un papel importante, por lo que puede llegar a ser un problema real que a veces no se expresa o no se busca ayuda por vergüenza.

La sexualidad está vinculada al área emocional por lo que unas relaciones sexuales sanas y satisfactorias aumentan la autoestima, mejoran el estado de ánimo y promueven la intimidad y la confianza en la pareja, fortaleciendo la relación.

Sin embargo, cuando la sexualidad se vive como un problema genera todo lo contrario, baja autoestima, sentimientos negativos y un deterioro de la pareja.

Es muy importante atender y mejorar la salud sexual con el fin de mejorar su calidad de vida.

La EM puede provocar cambios que afectan de una forma general a la expresión sexual de la persona teniendo como consecuencia, la imposibilidad de vivir la sexualidad de la misma forma que lo hacía antes.

La persona afectada sigue siendo un ser sexuado con capacidad para desear, ser deseado, amar y ser amado. Puede disfrutar de una vida sexual plena y satisfactoria, a pesar de las dificultades que puedan aparecer. Si bien es verdad que, para ello, seguramente, habrá que derribar mitos y barreras con respecto a la sexualidad y la enfermedad.

Convivir con la EM puede provocar que algunas parejas levanten barreras físicas y emocionales de forma general y sobre todo en lo que se refiere a la sexualidad. Los medios de comunicación muchas veces han fomentado falsos mitos sobre este tema, ya que es evidente que no existe una única norma sexual, todos somos diferentes y tenemos ideas y condiciones físicas diferentes.

Las disfunciones sexuales en EM son bastantes frecuentes. La prevalencia es de entre un 40-80 % en mujeres y un 50-90% en hombres.

Diferentes afectaciones sexuales

Podemos diferenciar tres categorías que abarcan los problemas que con más frecuencia suelen aparecer:

1. Provocadas por la enfermedad: son las alteraciones que puede provocar directamente la enfermedad:

- *Mujeres:*

- Disminución de la libido (deseo de placer, especialmente sexual).
- Disminución de la lubricación vaginal.
- Alteración de la sensibilidad.
- Dificultad para alcanzar el orgasmo o ausencia de este.
- Dispareunia (coito doloroso).

- *Hombres:*

- Disfunción eréctil.
- Alteración orgásmica.
- Problemas de eyaculación.
- Disminución de la libido.

2. Afectaciones derivadas de síntomas: son alteraciones que aparecen como consecuencia de la sintomatología propia de la EM:

- Fatiga.
- Espasticidad.
- Alteraciones urinarias e intestinales.
- Pérdida de coordinación.
- Dolor.
- Problemas sensoriales.
- Problemas de movilidad.
- Deterioro cognitivo.

3. Afectaciones a nivel psicológico, social y cultural: son alteraciones que aparecen como consecuencia de aspectos psicológicos, sociales y culturales relacionados con la EM:

- Baja autoestima: no es raro que las personas afectadas presenten baja autoestima, es frecuente escuchar frases como “No valgo nada”, “Yo ya no puedo tener sexo”, “Nadie va a desearme en mi situación”, ...

Una buena autoestima es fundamental para poder disfrutar de cualquier faceta de nuestra vida. Por lo tanto, es imprescindible para disfrutar de las relaciones sexuales.

Para mejorar la autoestima en general y en este caso, la sexual, debemos centrarnos en las cualidades y en las prácticas que se pueden realizar para proporcionar placer a la pareja y disfrutar del placer propio, y no en las limitaciones que puedan aparecer.

Una buena comunicación de pareja, sabiendo escuchar y expresando lo que sentimos, ayudarán a mejorar las relaciones.

- Dificultades en el afrontamiento de la EM: las cargas emocionales que suelen acompañar el diagnóstico y afrontamiento de la enfermedad pueden provocar, con frecuencia, depresión, ira, ansiedad, ... Todos estas emociones y sentimientos negativos interfieren en la vida sexual de la persona afectada y de su pareja.

Es fundamental seguir sintiéndonos seres sexuales, a pesar de los cambios, aceptando dichos cambios y aprendiendo de ellos, para descubrir nuevas formas de mantener unas relaciones sexuales placenteras.

- Rol afectado-cuidador: hay ocasiones en las que la relación de pareja puede verse afectada cuando es uno de los miembros es el cuidador o cuidadora principal.

En estos casos se produce una sobreexposición de la intimidad de la persona afectada, con muchos momentos dedicados al cuidado que pueden acabar diluyendo los roles de amantes dando paso únicamente al de enfermo-cuidador.

La comunicación vuelve a ser una herramienta fundamental para intentar mantener los espacios y papeles diferenciados.

- Problemas de pareja: como hemos dicho antes las relaciones de pareja pueden verse afectadas.

Cuando en la pareja ya existían problemas antes del diagnóstico es muy frecuente que esos problemas vayan en aumento, ya que el nivel de estrés ante la nueva situación se multiplica y cada uno lo afronta como puede y sabe. Estos problemas afectan a todos los aspectos de una relación de pareja, indudablemente a las relaciones sexuales.

Si existía una base sólida en la relación, evidentemente los problemas pueden aparecer porque se viven momentos complicados, pero es mucho más fácil que la relación salga fortalecida y se consoliden los lazos de unión.

- Mitos y falsas creencias: el sexo sigue siendo tabú, hay muchos prejuicios con respecto al mismo y sobre su práctica por personas con alguna enfermedad y/o con algún tipo de discapacidad.

Existen creencias culturales que pueden influir para no tener una sexualidad plena.

Una idea muy extendida es entender que el sexo sólo es "completo" cuando incluye el coito y que lo importante es la penetración. Lo que hace que el res-

to de las prácticas sexuales sean secundarias. Por lo que las personas que por algún motivo no puedan llevarlo a cabo, sienten que sus relaciones sexuales no son igual de válidas y las infravaloran.

Otra creencia también muy extendida, es creer que las personas con discapacidad no tienen deseo sexual y/o no pueden mantener relaciones sexuales por su situación. Esto hace que muchas personas acepten esta idea como válida y asuman que es así, dejando a un lado su sexualidad o sintiéndose mal por tener deseos sexuales teniendo una discapacidad.

También se piensa en muchas ocasiones que la práctica sexual es como una carrera por etapas en las que tienes que ir consiguiendo unas metas, empezando por besos, caricias, ..., hasta llegar al coito y al orgasmo. El sexo no es así, esto únicamente genera frustración sino se consiguen algunas de las etapas y hace que nos olvidemos de lo que hemos disfrutado. Hay que eliminar la tensión de tener que conseguir una meta concreta, el único objetivo es disfrutar de cada instante y compartir con la otra persona momentos de intimidad, complicidad y placer.

Hay que dejar claro que todas las formas de expresión sexual (sexo oral, masturbación, caricias, coito, ...) son importantes, no unas más que otras, todas son igual de válidas y ninguna es imprescindible ni exclusiva para tener una sexualidad plena.

Lo principal es conocer bien en que consiste la función erótica y sexual hay muchas formas de desarrollar la sexualidad, cada cual debe buscar el placer de la forma que más le guste.

Por lo tanto, toda persona tiene derecho a disfrutar de su sexualidad, independientemente de la edad, discapacidad y enfermedad.

Saber gestionar la situación no es fácil, pero es evidente que cuando un miembro de la pareja padece EM hay que afrontar el acto sexual con apoyo mutuo. No existen fórmulas mágicas, pero hay muchos aspectos que se pueden tener en cuenta según cada caso.

El sexo es una forma de expresión y comunicación humana, en la que transmitimos afecto, amor, atracción, deseo y amor. Cualquier forma de sexualidad es válida siempre desde el respeto a uno mismo y al otro. El único objetivo debe ser compartir un momento agradable y placentero con la otra persona. Hay que investigar las preferencias de cada uno sobre todo para que el acto sexual sea satisfactorio y se puedan superar los problemas físicos derivados de la EM, debe haber una buena comunicación entre los dos miembros de la

pareja. La comunicación es esencial, hay que profundizar en la intimidad y afrontar los miedos de forma conjunta. Y también hay que procurar evitar las acusaciones, las críticas y las culpas, y tener en cuenta que los síntomas de la EM no tienen porqué ser los causantes de los problemas sexuales de una pareja. Tomarse un poco de tiempo para resolver los problemas o hablar con un terapeuta especializado puede ser una solución efectiva para volver a disfrutar de buen sexo.

Recomendaciones y consejos

Hay una serie de recomendaciones que pueden ser útiles para mejorar y disfrutar de las relaciones:

- Reservar tiempo para la intimidad no sexual con la pareja.
- Separar el sexo del afecto: que no dé miedo ser cariñoso con la pareja porque piense que puede ser un juego preliminar para el sexo.
- Despertar la imaginación y aumentar el deseo sexual: lectura de novelas o ver películas con contenido sexual o romántico.
- Reservar un “tiempo preferencial” para la intimidad sexual: a unas horas adecuadas para la pareja y para el afectado.
- Descubrir nuevas cosas alrededor del sexo, potenciar la novedad y creatividad.
- Practicar ejercicio y alimentarse bien, para así sentirse mejor y tener más energía.
- Elegir posturas cómodas, el uso de almohadas puede reducir por ejemplo la espasticidad.
- Explorar la sensualidad y busca áreas sensuales y eróticas.
- Mantener una buena autoestima y una actitud positiva.
- Relajación para mantener la ansiedad hacia el sexo bajo control, así como ayudar a descansar y mantener los niveles de fatiga lo más bajos posibles.
- Habla abiertamente con tu pareja, es fundamental tener confianza.
- No tengas vergüenza a la hora de preguntar a los profesionales sanitarios sobre este tema, lo mejor es tratar el tema con normalidad y naturalidad.

BIBLIOGRAFÍA

“Relaciones, Intimidad y Sexualidad”, Federación Española para la lucha contra la EM (FELEM).

José Bustamante Bellmunt, *“EM y sexualidad”*, *Conviviendo con la EM*, Laboratorios Merck.

www.observatorioesclerosismultiple.com/es/vivir/sexualidad/las-relaciones-sexuales-con-esclerosis-multiple/

www.observatorioesclerosismultiple.com/es/vivir/sexualidad/intimidad-de-pareja-y-em-como-mantener-una-vida-sexual-sana/

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y EMBARAZO

Dra. Soledad Pérez Sánchez

Neuróloga. Unidad Esclerosis Múltiple.
Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

Dr. Guillermo Navarro Mascarell

Servicio de Neurología, Unidad de Esclerosis Múltiple,
Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

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 glatiramer 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 enfermedad, 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.

Otra 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 necesi-

tar 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 embarazo 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 embarazada. 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 aquellas 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.

ENTIDADES ADHERIDAS A FEDEMA

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE ANDALUCÍA (FEDEMA)

Entidad Declarada de Utilidad Pública

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

Telf./Fax: 954 523 811

e-mail: fedemaem@hotmail.com

web: www.fedema.es

ASOCIACIÓN DE EM DE ALMERÍA

C/ Chafarinas, 3.

04002 Almería

Tlf.: 950 106 343 / Móvil: 606 741 277

e-mail: aemalmeria@hotmail.es

Web: www.aemaalmeria.es

ASOCIACIÓN GADITANA DE EM Y C.D. PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD AGDEM “CASTILLO DE LA ESPERANZA”

Plaza del Arroyo, 40 Dup.

11403 Jerez de la Frontera (Cádiz)

Tlf.: 956 335 978

e-mail: agdem2@yahoo.es

ASOCIACIÓN CORDOBESA DE EM

Edificio Florencia. Plaza Vista Alegre, 11

14004 Córdoba

Tlf./Fax: 957 468 183 / Móvil: 685 846 563

e-mail: acodem@alcavia.net

Web: www.alcavia.net/acodem

ASOCIACIÓN GRANADINA DE EM

Quinto Centenario, 1, Bajo.

18100 Armilla (Granada)

Telf./Fax: 958 57 24 48 / Móvil: 639 767 776

e-mail: administracion@agdem.es

Web: www.agdem.es

ASOCIACIÓN DE EM ONUBENSE

C/ Hélice, 4.

21006 Huelva

Tlf./Fax: 959 233 704 / Móvil: 660 424 179

e-mail: ademo@esclerosismultiplehuelva.org

Web: www.esclerosismultiplehuelva.org

ASOCIACIÓN JIENENSE DE EM “VIRGEN DEL CARMEN”

Acera de la Trinidad, 1 – Bajo

23440 Baeza (Jaén)

Tlf.: 953 740 191 / Móvil: 675 250 989

e-mail: esclerosismultiplejaen@yahoo.es

Web: www.ajdem.org

ASOCIACIÓN MALAGUEÑA DE FAMILIARES Y AFECTADOS DE EM

C/ Archidona, 23, Centro Ciudadano de
Portada Alta

29007 Málaga

Telf.: 951 438 181 / Móvil: 606 582 463

e-mail: amfaem@hotmail.com

Web: <http://amfaem.wix.com/amfaem>

ASOCIACIÓN MARBELLA–SAN PEDRO DE EM “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

Web: www.asociacionesclerosismultiplenuuevoamanecer.com

ASOCIACIÓN SEVILLANA DE EM

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

Tlf./Fax: 954 523 811

e-mail: esclerosismultiple@hotmail.com

Web: www.emsevilla.es



F E D E M A

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: 954 523 811

fedemaem@hotmail.com

www.fedema.es

Con la colaboración de:

MERCK



NOVARTIS

SANOFI GENZYME 
Empowering Life



ISBN 978-84-09-06392-5



9 788409 063925