



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**IMPACTO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS
MÚLTIPLE.**

Tesis de Postgrado para obtener el
Título de Especialidad en Neurología

P R E S E N T A

Dr. Samuel Alvarez Nuño

México D.F. 2007





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Universidad Nacional Autónoma de México



Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE

DRA. MARCELA GONZÁLEZ DE COSSIO ORTIZ
Subdirectora de Enseñanza e Investigación

DRA. LILIA NÚÑEZ OROZCO
Titular del Curso de Neurología y Jefe de Servicio

DRA. LILIA NÚÑEZ OROZCO
Asesor de Tesis

DR. SAMUEL ALVAREZ NUÑO
Autor de la Tesis

Agradecimientos

A mis padres Jesús y Paula, un profundo reconocimiento por los sacrificios que realizaron para que fuese posible mi sueño superando toda adversidad para darnos lo mejor que estuvo a su alcance. Papa, ya no estas conmigo para compartir este logro, pero siempre vivirás en mi corazón.

A mis hermosos angelitos Jesús Naoki y Paula Naiku que son mi orgullo y fortaleza, perdón por el tiempo que les quite, pero la esperanza de estar juntos me obliga a creer en un mejor futuro para nuestra familia.

A mi familia que siempre han estado conmigo en los momentos más difíciles siendo uno de mis tesoros más preciados.

A Tonalá Jalisco tierra de barro, cuna de mis sueños donde viven los que amo.

A la Dra. Lilia Núñez Orozco por hacer posible mi sueño de ser Neurólogo por su gran apoyo en momentos difíciles de mi vida, mi agradecimiento, admiración y respeto.

Al Dr. Sergio Sauri Suárez, Dr. Noel Plascencia Alvarez y a la Dra. Sandra Quiñones Aguilar a quienes tuve la suerte de conocer y aprender de ustedes, me llevo un hermosos recuerdo y su invaluable amistad y les agradezco por todo lo que por mi hicieron desinteresadamente.

A Maru nuestra querida secretaria y cómplice, por su trato amable y apoyo.

A mis compañeros de camino quienes formaron parte de mi historia y de muchos de ellos guardare gratos recuerdos en mi corazón.

A Antonio Rafael González Vera por su gran ayuda en la realización del análisis estadístico, su colaboración en este trabajo por su amistad mil gracias.

A mis pacientes que son la razón de ser de todo Medico y fuente invaluable de conocimientos.

ÍNDICE

Agradecimientos	III
Resumen	1
Introducción	3
Antecedentes	3
Material y Métodos	9
Resultados	10
Discusión	16
Conclusiones	18
Anexos	19
Referencias Bibliográficas	30

Resumen

La Esclerosis Múltiple es la causa más frecuente de discapacidad en jóvenes debido a enfermedades neurológicas, ya que su mayor incidencia es entre los 20 y 40 años de edad, por lo cual conlleva un importante impacto económico, social y familiar, deteriorando la calidad de vida de quien la padece.

Sus síntomas varían según el momento evolutivo de la enfermedad, su forma clínica y la topografía de las lesiones. Se piensa que los síntomas permanentes, debidos a la recuperación incompleta tras un brote o por evolución progresiva de la enfermedad, suelen condicionar deterioro en la calidad de vida del individuo como son: fatiga, espasticidad, afectación intestinal y/o vesical, dolor, neuralgias, vértigo, y disfunción sexual entre otros; en este estudio se investigó el impacto en la calidad de vida en pacientes con Esclerosis Múltiple y disfunción sexual, la cual se clasifica como primaria, secundaria y terciaria.

Métodos: Se incluyeron en este estudio a 35 pacientes con Esclerosis Múltiple a los cuales se les aplicó la Escala de Discapacidad Expandida (EDSS), MSISQ-19 para disfunción sexual en pacientes con Esclerosis Múltiple y el MusiQoL para valorar la calidad de vida.

Resultados: Encontramos una edad promedio de 40.3 años con una mínima de 23 y una máxima de 55, con un EDSS promedio de 2.8 y una frecuencia de Disfunción Sexual Primaria de 86.6% de los cuales, el 41.93 % fueron hombres y el 50.06 % mujeres; con Disfunción Sexual Secundaria se encontró una frecuencia de 86.6% de los cuales, 38.7 % correspondía a los hombres y 61.29 % a mujeres y en cuanto a la Disfunción Sexual Terciaria una frecuencia de 74.3% de los cuales, 38.46 % fueron hombres y 61.53 % mujeres.

Conclusiones: En este estudio se evidenció que las personas con EM sin disfunción sexual tienen una mejor calidad de vida, sin embargo las diferencias no son significativas.

Abstract

Multiple Sclerosis is the first cause of disability in young people due to neurological illnesses, with the highest incidence between 20 and 40 years of age, reason why it bears an important economic, social and family impact, deteriorating the quality of life.

Their symptoms vary according to the evolutionary moment of the illness, its clinical form and the topography of the lesions. It is thought that permanent symptoms, due to the incomplete recovery after a relapse or due to progression of the illness, usually impair the quality of the individual's life. Some of them are fatigue, spasticity, intestinal and/or bladder dysfunction, pain, neuralgia, vertigo, and sexual dysfunction among others; in this study we investigate the impact in the quality of life in patients with Multiple Sclerosis and sexual dysfunction, which is classified as primary, secondary and tertiary.

Methods: We included in this study 35 patients with Multiple Sclerosis who were submitted to the Expanded Disability Scale Status (EDSS), MSISQ-19 for sexual dysfunction in patients with Multiple Sclerosis and the MusiQoL to evaluate the quality of life.

Results: We found an average age of 40.3 years (range 23 to 55 years) with an EDSS score of 2.8 and a frequency of Primary Sexual Dysfunction of 86.6%, 41.93%, male and 50.06% female; 86.6% had Secondary Sexual Dysfunction, 38.7% male and 61.29% female. The Tertiary dysfunction was found in 74.3%, 38.46% male and 61.53% female.

Conclusions: This study showed evidences that people with EM without sexual dysfunction have a better quality of life than people with it, however the differences are not significant.

Introducción

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad crónica multifocal desmielinizante del sistema nervioso que afecta principalmente a adultos jóvenes; constituye la tercera causa de consulta en nuestro hospital, no es una enfermedad mortal, pero impacta notablemente la calidad y expectativa de vida.

Los síntomas no relacionados con brotes impactan negativamente en la calidad de vida de estos pacientes; la disfunción sexual es un síntoma poco investigado, pero se ha reportado con una alta frecuencia por lo que consideramos de interés investigar en nuestra población de pacientes tal sintomatología con el fin de encontrar estrategias adecuadas para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que permitan ofrecer una mejor calidad de vida en este grupo de pacientes.

Más de 100 años han pasado desde que Charcot, Carswell, Cruveilhier y otros, describieron las características clínicas y patológicas de la Esclerosis Múltiple; esta alteración recurrente y eventualmente progresiva de la sustancia blanca del sistema nervioso central continúa teniendo aspectos poco entendidos, pero las investigaciones para mejorar la comprensión de la patogénesis de la enfermedad nos permitirán en un futuro mejorar el tratamiento y quizá lograr la prevención de su progresión.

Antecedentes

La historia oficial de la Esclerosis Múltiple (EM) se inició a mediados del siglo XIX, cuando Robert Carswell y Jean Cruveilhier, dos médicos europeos, comenzaron a escribir sus observaciones sobre una nueva enfermedad.

Carswell, autorizado por el Museo del University College en Londres mostró su colección de croquis del sistema nervioso central (SNC), realizando la primera demostración patológica de aproximadamente 200 fotografías de necropsias en algunas de las cuales existían placas inexplicables.

Jean Cruveilhier, hacia 1835, describió hallazgos similares a los de Carswell, tanto desde el punto de vista patológico y clínico, adjudicándole a la afección el nombre de *médula comparaplejía*.

Esta es probablemente la primera descripción de un caso de EM que aparece en la literatura y se presenta como tal, razón por la cual Charcot atribuyó a Cruveilhier el mérito de haber hecho las primeras ilustraciones de las lesiones ocasionadas por la enfermedad¹, hace ya más de un siglo.

La EM se define como una enfermedad progresiva que cursa con la aparición de lesiones inflamatorias focales (placas) en la sustancia blanca cerebral, en la que lo

más llamativo es la pérdida de la mielina, con preservación relativa de los axones en la fase precoz.²

En Estados Unidos hay 250 000 a 350 000 pacientes con EM: esta enfermedad afecta a adultos jóvenes y tiene un pronóstico variable, ya que hasta el 50% de los pacientes requerirán de ayuda para la deambulaci3n en los primeros 15 a1os de iniciada la enfermedad.³

La EM es m1s frecuente en Europa, Estados Unidos, Canad1, Australia y Nueva Zelanda con prevalencias, en general mayores de 50/100 000 habitantes, mientras que en 1frica, Sud1frica o el lejano Oriente es de 5/100 000 habitantes.⁴ En M1xico el primer estudio (Olivares y Alter) se llev3 a cabo en 1970 en el Hospital 20 de Noviembre de la Ciudad de M1xico, perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en el que se inform3 una prevalencia de 1.6/100 000 habitantes,⁵ cifra equivalente en la actualidad en n1mero absoluto de 1600 pacientes en todo el pa1s que dej3 la idea de que la enfermedad era pr1cticamente inexistente en M1xico. Posteriormente se han realizado otros estudios epidemiol3gicos: en el Instituto Nacional de Neurolog1a y Neurocirug1a durante el per1odo comprendido entre 1973 y 1992 se encontr3 un aumento en la frecuencia de nuevos casos; el otro estudio realizado entre 1985 y 1994, muestra un aumento 10 veces de la frecuencia reportada por Olivares y Alter e informaciones simult1neas muestran una prevalencia estimada de 13 por 100 000 habitantes⁵ en un estudio realizado en Chihuahua por la Dra. Merced Vel1squez.

Ciertamente, en los 1ltimos 10 a1os con el desarrollo de la tecnolog1a de la Resonancia Magn1tica Nuclear (RMN) se ha observado un incremento en el diagn3stico en M1xico.

La EM tiene una expresi3n cl1nica notablemente variada ya que los signos y s1ntomas suelen aparecer en combinaciones diversas o aislados, ser leves o severos, durar poco o mucho tiempo, dependiendo sobre todo del 1rea del sistema nervioso central (SNC) afectada.⁶ La Esclerosis M1ltiple es una enfermedad con importantes consecuencias psicol3gicas y sociales para las personas que la padecen, dado que tiene un car1cter impredecible en su evoluci3n cr3nica; dichas consecuencias producen repercusiones en el 1mbito poblacional por ser una enfermedad que prevalece en adultos j3venes que limita los a1os m1s productivos de este sector de la poblaci3n. Estas caracter1sticas provocan en los que padecen EM, no solo secuelas f1sicas sino tambi3n problemas psicol3gicos y sociales.¹⁶

Los pacientes presentan síntomas y una evolución en el tiempo con hallazgos clínicos que pueden sugerir el diagnóstico de las diferentes formas clínicas de la EM; el 80% de los pacientes presentan la forma remitente recurrente en la cual los signos y síntomas ocurren de manera aguda (brote), evolucionan típicamente en un período de varios días (más de 24 horas), se estabilizan y después tienden a mejorar de manera espontánea o por el manejo con corticoesteroides en las primeras semanas (remisión).

Típicamente se presenta en mujeres alrededor de la segunda década de la vida con un predominio aproximado de 2:1 con respecto a los hombres.

La mejoría del brote con la aplicación de corticoesteroides tiende a disminuir con el paso del tiempo. La persistencia de signos de disfunción del sistema nervioso central puede desarrollarse durante la remisión y la enfermedad puede progresar entre las recaídas (Esclerosis Múltiple Secundariamente Progresiva).

El 10% de los casos cursan con una Esclerosis Múltiple Primariamente Progresiva, la cual se caracteriza por una progresión del curso clínico en un lapso mayor de 6 meses y tiene una incidencia similar entre hombres y mujeres.

Desde principios de 1980 los criterios de Poser fueron utilizados para clasificar a la EM introduciéndose el concepto de más de una lesión con diseminación en tiempo y espacio. Los criterios de Mc Donald, cada vez más aceptados para el diagnóstico de la EM y publicados en 2000 con una revisión en 2005, incorporan elementos clínicos y de laboratorio además de estudios de resonancia magnética¹⁷ para la demostración objetiva de diseminación de las lesiones en tiempo y espacio.

Estos criterios facilitan el diagnóstico de EM con variedad de presentación incluyendo cuadros “monosintomáticos” sugestivos de Esclerosis Múltiple, enfermedades con un típico curso remitente recurrente, con progresión insidiosa, y sin ataques claros y sin remisiones.^{18,19}

La EM puede afectar la función sexual desde el punto de vista físico y psicológico. La sexualidad es una parte importantísima de la vida diaria por el carácter personal y privado que le damos y que agrega placer y enriquece la relación entre el hombre y la mujer.

La función sexual depende de vías nerviosas centrales y periféricas por lo que enfermedades neurológicas de diversos tipos pueden afectar la función sexual tanto en hombres como en mujeres.

Desde el momento mismo del diagnóstico algunas personas con EM dan por terminada su vida sexual y consideran inadecuado continuar con ella como la tenían antes del diagnóstico.

En términos generales la libido y la excitación dependen de factores psicológicos y de la integridad de los centros cerebrales superiores, mientras la función de la médula espinal y las vías periféricas son esenciales para la respuesta sexual humana. La respuesta sexual humana depende de una serie de reflejos que involucran la transmisión neuromuscular estimulada por sensaciones táctiles, visuales, olfatorias y emocionales. Los centros superiores incluyen el hipotálamo basal, el sistema límbico, las regiones frontales y fronto temporales, los cuales determinan el mando donde la testosterona, dihidrotestosterona y los estrógenos tienen un importante efecto modulador.

Las vías espinales y el sistema nervioso periférico conducen estímulos aferentes y eferentes de la actividad pélvica parasimpática y simpática y estructuras de inervación somática que son críticas para la respuesta genital autónoma y voluntaria.

Estudios de la función sexual masculina y algunas alteraciones neurológicas y no neurológicas, las cuales pueden repercutir en la función sexual, son un tema médico relativamente nuevo que ha sido poco investigado antes de 1970.

La disfunción sexual femenina ha sido estudiada científicamente esperando encontrar terapias que puedan ser eficaces.⁷

Los órganos sexuales al igual que el tracto urinario inferior están inervados por el parasimpático sacro, el simpático toracolumbar y somático (nervio pudendo sacro).

El reflejo eréctil del pene y del clítoris representa el reflejo espinal parasimpático; con controles supraespinales de origen psicológico. La secreción glandular y la eyaculación están bajo el control simpático y parasimpático; las contracciones perineales en el orgasmo femenino son estimuladas por impulsos excitatorios desde la inervación somática.

Aproximadamente 80% de los hombres y 70% de las mujeres con EM refieren algún cambio en su vida sexual desde el inicio de la enfermedad: los hombres reportan afección de la sensibilidad genital, dificultad para iniciar y mantener la erección y disminución de la fuerza de la eyaculación. Las mujeres dicen tener una disminución de la sensación genital, respuesta orgásmica disminuida y pérdida del interés sexual.

La mayoría de los pacientes con EM experimentan síntomas que los incapacitan y les condicionan estrés social. Además los agentes modificadores de la enfermedad y las terapias sintomáticas juegan un papel integral en el manejo de estos pacientes.

Los síntomas más comunes de los pacientes con EM son: espasticidad, debilidad, depresión, fatiga, disfunción sexual, disfunción cognitiva, disfunción intestinal y/o vesical, temblor, síntomas paroxísticos y dolor.

La disfunción sexual está presente en este grupo hasta en un 90% de los pacientes a diferencia de lo que otros autores han reportado.^{6,13 8} Resulta por tanto de suma importancia reconocer y tratar este problema que impacta de forma negativa la calidad de vida del enfermo con EM y que puede interferir con el desempeño y mantenimiento de sus relaciones personales.

Aunque la disfunción sexual ocurre en todos los pacientes con EM, predomina en los que padecen la forma remitente recurrente; las alteraciones más frecuentemente encontradas en el hombre son la disfunción eréctil y eyaculatoria, en las mujeres se presentan alteraciones orgásmicas, disminución de la lubricación y sensibilidad vaginal. Tanto los hombres como las mujeres presentan disminución de la libido y otras alteraciones que repercuten directamente en la función sexual, como son: la fatiga, debilidad, espasticidad, dolor y factores psicológicos como la depresión y ansiedad condicionada por la disfunción intestinal y vesical.

La depresión, frecuente en la EM y el tratamiento para la misma, puede contribuir a los trastornos sexuales.^{9 10}

Medicamentos comúnmente usados para el manejo de los síntomas afectan adversamente la función sexual como los anticolinérgicos que condicionan disfunción eréctil, el Baclofen se asocia a disfunción eréctil y eyaculatoria, la Carbamazepina disminuye el deseo y condiciona disfunción eréctil, los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina disminuyen la libido, producen disfunción orgásmica y alteraciones eyaculatorias; los antidepresivos Tricíclicos disminuyen el deseo y producen disfunción eréctil y orgásmica.⁸ Foley y Werner en 2000 desarrollaron un modelo conceptual que describe los síntomas sexuales en términos de Disfunción Sexual Primaria, Secundaria y Terciaria.

La Disfunción Sexual Primaria: ocurre como resultado directo de los cambios neurológicos de la EM, afectan directamente las sensaciones sexuales y/o la respuesta sexual; como resultado directo de estos cambios los hombres pueden experimentar alteraciones en la sensibilidad genital, disminución de la libido, dificultad para iniciar y mantener una erección, disminución de la frecuencia y fuerza de la eyaculación.

Las mujeres pueden experimentar disminución de la libido, alteraciones en la sensibilidad genital, que incluyen entumecimiento, dolor, ardor, disminución de la lubricación vaginal y disminución de la frecuencia y/o intensidad del orgasmo.

La Disfunción Sexual Secundaria: se refiere a los cambios físicos que pueden afectar la respuesta sexual de forma indirecta. La disfunción sexual secundaria por síntomas de la EM que no se deben a alteraciones directas de las vías del sistema nervioso, se relacionan con el sistema genital.

Los síntomas que comúnmente se incluyen son la fatiga, debilidad, espasticidad, disfunción intestinal y/o vesical, espasmos, incoordinación, dificultad para la movilización, efectos secundarios de medicamentos utilizados, dificultades cognitivas, entumecimiento, dolor, ardor o incomodidad de otras partes del cuerpo.

La Disfunción Sexual Terciaria: se refiere a los aspectos emocionales, psicológicos, sociales y culturales que impactan sobre la sexualidad.

Los síntomas sexuales terciarios pueden incluir cambios negativos de la autoimagen, del humor y de la imagen corporal, depresión, enojo, sentimientos de sentirse poco atractivos, menos masculinos o femeninos, sentimientos de pérdida de confidencialidad y de rechazo acerca de su sexualidad, ansiedad sobre la satisfacción sexual de su pareja, miedo a la soledad y al abandono, culpabilidad por el cambio de rol de género y sentimiento de dependencia puede impactar de forma muy importante en sus relaciones íntimas.¹¹

Los síntomas son prevalentes en la población con EM y muchos de estos inducen o exacerban otros síntomas, cuya comprensión integral pueden mejorar la calidad de vida de estos pacientes.¹²

Se realizó un estudio multicéntrico en México, por la Asociación Médica Mexicana para el Estudio de la Esclerosis Múltiple, en el cual se informó una distribución por sexo de la EM del 69.7% para mujeres y 33.3% para los hombres; en dicho estudio se reportan las manifestaciones clínicas para los mexicanos en la cual se encontró la disfunción sexual en un 25% de ellos.^{6,13}

Dado que muchos pacientes se resisten a hablar de su vida sexual, el médico debe abordar este tema de forma directa para obtener antecedentes completos de la disfunción sexual.¹⁴ Se desconoce el impacto, severidad y frecuencia de la disfunción sexual en los pacientes con EM; existen estudios que sugieren un impacto mayor y generalmente se presentan en combinaciones con trastornos vesicales e intestinales.¹⁵

Por lo arriba enunciado, consideramos de mucho interés conocer la frecuencia de disfunción sexual en la población de pacientes con esclerosis múltiple de nuestro servicio, su modalidad y repercusión en la calidad de vida para en el futuro investigar estos aspectos de forma rutinaria, pero bien sistematizada para realizar intervenciones terapéuticas.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal y abierto, estudiándose a 35 pacientes de 23 a 55 años de edad de ambos sexos con diagnóstico de Esclerosis Múltiple definida por los criterios de Mc Donald¹⁹ (Ver anexo 4) que no se encontraban en brote agudo.

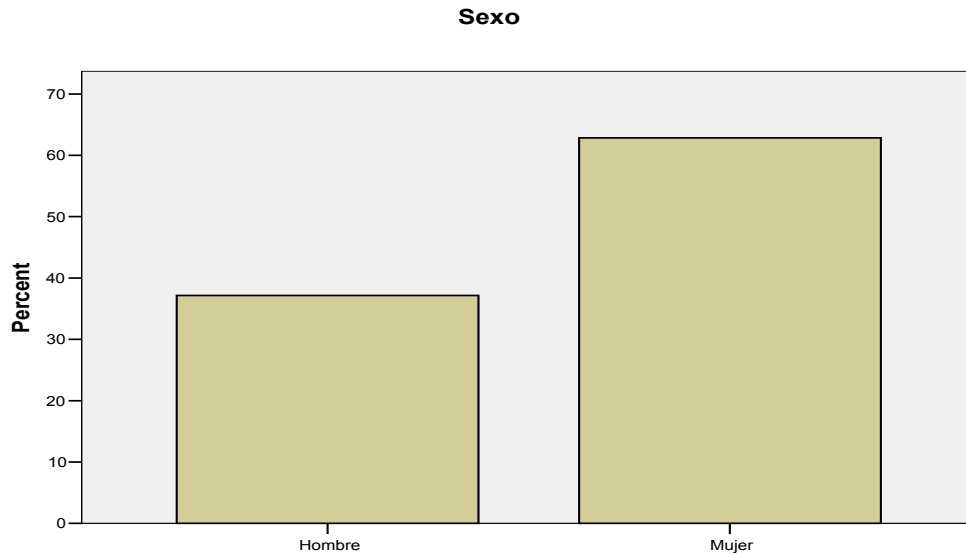
La finalidad fue determinar la frecuencia de la disfunción sexual en pacientes con EM y su impacto calidad de vida, así como conocer la frecuencia de la Disfunción Sexual Primaria, Secundaria y Terciaria y cómo cada una de ellas impacta de manera independiente en la calidad de vida de estos pacientes.

Se aplicaron la Escala del Estado de Discapacidad Expandida de Kurtzke (EDSS) la cual tiene una puntuación mínima de 0 y una máxima de 10 puntos, (Ver anexo 1), junto con la escala para disfunción sexual en pacientes con Esclerosis Múltiple MSISQ-19 (Ver Anexo 2), la cual valora Disfunción Sexual Primaria, Disfunción Sexual Secundaria y Disfunción Sexual Terciaria, asignando mayor puntuación a mayor deterioro para cada rubro y la Escala de calidad de vida MusiQoL, la cual valora 5 rubros; Bienestar físico y síntomas (CVA), Bienestar Psicológico(CVB), Autoestima(CVC), Relación con los Amigos(CVD), Relaciones con los familiares y los médicos(CVE) la cual a mayor puntuación menor calidad de vida (Ver anexo 3), ambas validadas en español, aplicadas por un neurólogo

Los resultados se analizaron por medio de estadística básica descriptiva, se realizaron frecuencias para sexo, escolaridad, tratamiento, EDSS, Disfunción Sexual Primaria, Secundaria y Terciaria, analizándose con pruebas para muestras independientes aplicando la prueba t de student: al no encontrar diferencias estadísticamente significativas de correlación de disfunción sexual y calidad de vida se hicieron grupos apareados comparando pacientes sin disfunción sexual y con disfunción sexual portadores de Esclerosis Múltiple con las mismas características demográficas de afectación de la enfermedad, quedando un grupo para disfunción sexual primaria de 8 pacientes, 4 sin disfunción sexual primaria y 4 con disfunción sexual primaria, un segundo grupo de 8 pacientes 4 sin disfunción sexual secundaria y 4 con disfunción sexual secundaria, y un tercer grupo de 16 pacientes 8 sin disfunción sexual terciaria y 8 con disfunción sexual terciaria, cabe mencionar que se encontraron 9 pacientes con disfunción sexual terciaria pero no fue posible encontrar 9 controles lo mas parecido posibles por lo que se excluyó a un paciente para que se hicieran muestras apareadas de 8.

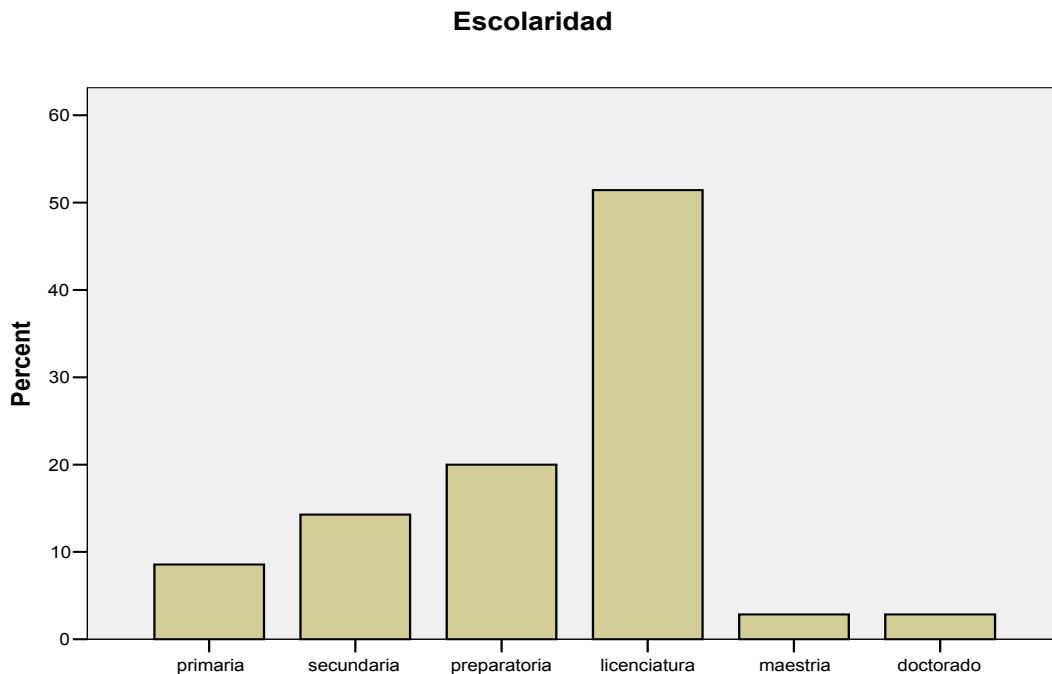
Resultados

De los 35 casos captados 13 eran hombres (37.1%) y 22 eran mujeres (62.9%) (Gráfica 1), la edad promedio fue de 40.34 años con una mínima de 23 y una máxima de 55, con una desviación estándar de 10.386.



Gráfica 1

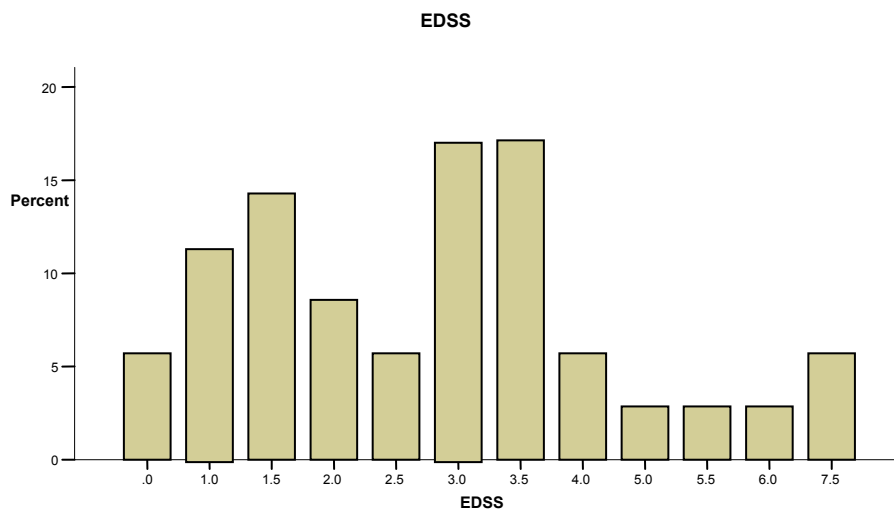
De los 35 casos captados, 3 tuvieron una escolaridad de primaria (8.6%), 5 de secundaria (14.3%), 7 de preparatoria (20%), 18 de nivel licenciatura (51.4%), 1 con maestría (2.9%) y 1 con doctorado 2.9%). (Gráfica 2)



Gráfica 2

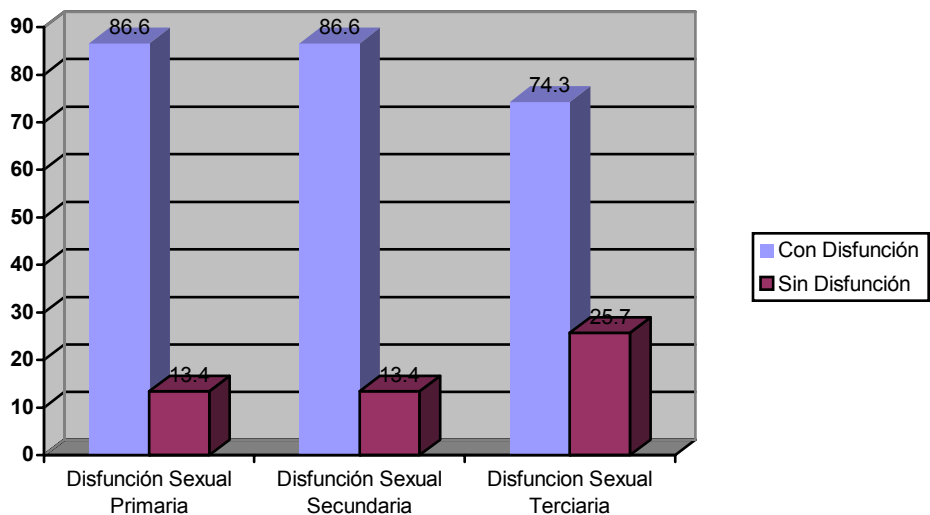
Se encontró que 8 pacientes recibían tratamiento a base de interferón de 6 millones (22.9%), 8 millones (22.9%), 12 millones 15 (42.9%). Otros tratamientos 2 (5.7%), 1 con acetato de glatiramer y 1 con factor transferencia (5.7%) y 2 pacientes sin tratamiento (5.7%).

Estos pacientes tuvieron una escala de discapacidad expandida de 0, 2 pacientes (5.7%), de 1.0, 4 pacientes (11.4%), de 1.5, 5 pacientes (14.3%), de 2.0, 3 pacientes (8.6%), de 2.5, 2 pacientes (5.7%), de 3.0, 6 pacientes (17.1%), de 3.5, 6 pacientes (17.1%), de 4.0, 2 pacientes (5.7%), de 5.0, 1 paciente (2.9%), de 6.0, 1 paciente (2.9%), de 7.5, 2 pacientes (5.7%), con un EDSS promedio de 2.8 y una desviación estándar de 1.8113.

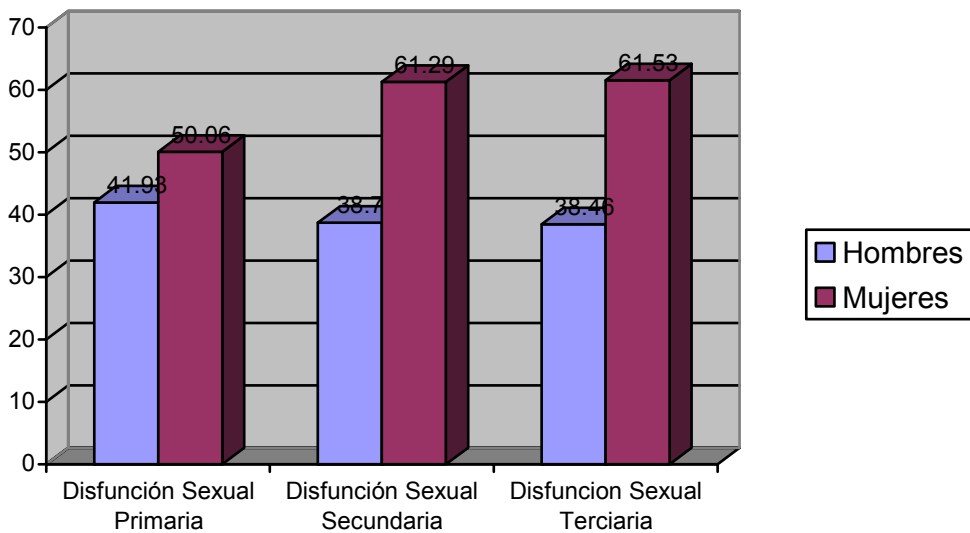


Gráfica 3

Se encontró Disfunción Sexual Primaria en 31 pacientes (86.6 %), 13 hombres (41.93 %) y 18 (58.06 %) mujeres. Con Disfunción Sexual Secundaria en 31 pacientes (86.6 %) encontramos 12 (38.7 %) hombres y 19 (61.29 %) mujeres: Disfunción Sexual Terciaria 26 pacientes (74.3 %), de los cuales 10 (38.46 %) eran hombres y 16 (61.53 %) mujeres. (Ver las siguientes graficas.)



Gráfica 4



Gráfica 5

Para analizar las diferencias en la calidad de vida comparando los sujetos con disfunción sexual en alguna de las tres escalas contra los sujetos sin disfunción en la misma escala de disfunción se utilizó la prueba t de Student para grupos independientes, en las variables CVA, CVB, CVC, CVD, CVE, no encontrándose diferencias significativas en la media de puntuación de la calidad de vida para pacientes con DSP en la cinco subescalas con una N = 35, siendo 4 los pacientes sin disfunción sexual los resultados de la prueba son: CVA t 1.14 p<.20 CVB t .790 p< .23 CVC t -.271 p< .06 CVD t 1.99 p< .283 CVE t 1.32 p< 1.33 (Tabla 1). Para DSS los resultados son N = 35, con cuatro pacientes sin disfunción y prueba t en CVA t1.14 p< 0.20 CVB t 1.17 p< .62 CVC t 1.26 p< 0.11 CVD t 1.22 p< 0.87 CVE t .472 p< .22 (Tabla 2). La media de puntuación para DST fue de N = 35 de los cuales 26 pacientes presentan disfunción CVA t 1.157 p< .61 CVB t 1.04 p< .86 CVC t 1.58 p< .85 CVD t .590 p< .53 CVE t .53 p< .33 (Tabla 3).

Tabla 1. Puntajes de prueba t para grupos independientes de Disfunción Sexual Primaria					
	N	Media	S	t	p
CVA	31	7.61	4.45	1.14	.20
CVB	31	33.94	12.40	.790	.23
CVC	31	20.94	6.71	-.271	.06
CVD	31	7.10	2.99	1.99	.28
CVE	31	6.97	3.26	1.329	1.33

Tabla 2. Puntajes de prueba t para grupos independientes de Disfunción Sexual Secundaria					
	N	Media	S	t	p
CVA	31	7.61	4.45	1.14	.20
CVB	31	34.23	12.65	1.17	.62
CVC	31	21.61	7.26	1.264	.11
CVD	31	6.97	2.98	1.226	.87
CVE	31	6.81	.32	0.472	.22

Tabla 3. Puntajes de prueba t para grupos independientes de Disfunción Sexual Terciaria					
	N	Media	S	t	p
CVA	26	7.81	4.37	1.157	.61
CVB	26	34.65	12.5	1.048	.86
CVC	26	22.19	7.46	1.598	.85
CVD	26	6.92	2.99	.590	.53
CVE	26	6.88	3.37	.533	.33

Se hicieron grupos apareados tomando los pacientes sin DSP, DSS, DST comparándose con pacientes con DSP, DSS, DST de las mismas características de edad, EDSS y sexo, encontrándose diferencias las cuales también resultaron no ser significativas.

En el caso de DSP se formaron dos grupos de 4 sujetos con y sin disfunción y los puntajes de la prueba son; CVA t .403 p < .87 CVB t .28 p < .74 CVC t 1.35 p < .10 CVD .69 p < .72 CVE t .18 p < .86 (Tabla 4).

En lo que se refiere a la EDSS también se formaron dos grupos de 4 sujetos con disfunción, comparados contra 4 sujetos sin disfunción, los resultados fueron CVA t 1.29 p < .45 CVB t -.17 p < .04 CVC -.91 p < .06 CVD t 3.50 p < .001 CVE t -.90 p < .56 (Tabla 5).

En DST la muestra se integró con 16 sujetos, de los cuales ocho presentan disfunción, y la prueba muestra los siguientes resultados: CVA t -.123 p < .60 CVB t 3.79 p < .09 CVC t -.565 p < .07 CVD t -.086 p < .14 CVE t -.268 p < 0.332 (Tabla 6).

Tabla 4. Puntajes de prueba t para grupos apareados de Disfunción Sexual Primaria					
	N	Media	S	t	p
CVA	8	32.0	15.68	.403	.87
CVB	8	25.25	9.21	.284	.74
CVC	8	7.25	3.94	1.35	.10
CVD	8	8.25	2.21	.696	.72
CVE	8	5.25	1.89	.182	.86

Tabla 5. Puntajes de prueba t para grupos apareados de Disfunción Sexual Secundaria					
	N	Media	S	t	p
CVA	8	28.0	8.67	1.297	.45
CVB	8	20.50	3.69	-.174	.04
CVC	8	5.50	1.0	-.917	.06
CVD	8	7.25	2.06	3.50	.001
CVE	8	5	2.0	-.90	.56

Tabla 6. Puntajes de prueba t para grupos apareados de Disfunción Sexual Terciaria					
	N	Media	S	t	p
CVA	16	30.63	10.98	-.123	.60
CVB	16	20.23	3.790	.646	.09
CVC	16	5.25	1.165	-.565	.07
CVD	16	6.38	2.264	-.086	.14
CVE	16	6	2.82	-.268	.33

Discusión

En el grupo de pacientes de este estudio recolectamos un grupo de 35 pacientes con Esclerosis Múltiple, de los cuales el 37.1% de hombres y un 62.9% de mujeres, corresponde a lo publicado en cuanto a la relación hombre mujer en la literatura mundial.^{3,4}

Dado que en esta institución donde se realizó este trabajo asisten los burócratas se encontró una escolaridad a nivel preparatoria, licenciatura y postgrado de 77.4%, de los pacientes y solo 23% correspondieron a pacientes con educación básica.

En el presente estudio encontramos una frecuencia de Disfunción Sexual Primaria de 86.6% de los cuales el 41.93 % eran hombres y el 58.06 % mujeres.

En cuanto a la Disfunción Sexual Secundaria encontramos una frecuencia de 86%, de los cuales el 38.70 % fueron hombres y el 61.29 % mujeres.

En Disfunción Sexual Terciaria se presentó una frecuencia de 74.3 % de los que el 38.46 % son hombres y el 61.53 % mujeres, estas cifras obtenidas en esta muestra superan con mucho a las reportadas previamente en nuestro país por el Grupo Mexicano de Estudio de la Esclerosis Múltiple en el año 2003.⁷

Esto podría deberse a la utilización en este estudio de un instrumento específico (MSISQ-19) para la evaluación de Disfunción Sexual en pacientes con Esclerosis Múltiple.

En el 2000, Sanders y colaboradores, mencionan una frecuencia de disfunción sexual del 91%.¹³

Otros autores publican entre un 60-65% de disfunción sexual en varones, especialmente cuando avanza la enfermedad, estimando una incidencia del 50% en las mujeres,²⁰ también se han reportado incidencias de 91% para los hombres y de 45% en las mujeres en otros estudios encontrando una frecuencia de Disfunción Sexual Primaria de 45 %, Disfunción Sexual Secundaria de 60 % y Disfunción Sexual Terciaria de 48% obtenidos con la encuesta MSISQ-19.¹⁵

En un estudio Multicéntrico en México que incluyó a 337 pacientes, el Grupo Mexicano de Estudio de la Esclerosis Múltiple reportan una frecuencia de disfunción sexual del 25%⁷

En el presente estudio, uno de los objetivos fue buscar el impacto en la calidad de vida de los pacientes con disfunción sexual y determinar que tipo de disfunción sexual tenían, ya fuera primaria, secundaria o terciaria y cual de ellas impactaban más en la calidad de vida de estos pacientes.

Foley y Werner en el 2000 al conceptualizar esta clasificación consideraron a la Disfunción Sexual Terciaria aquella que es condicionada por aspectos emocionales, psicológicos y culturales, en la autoimagen, en la autoaceptación, el autorechazo al sentirse segregado y por ende menos atractivo, consideramos que

podía impactar directamente sobre la calidad de vida de los pacientes la cual fue evaluada con MusiQol, en algunos de sus aspectos como lo son la autoestima, el bienestar psicológico y la relación con los amigos o en la familia.

Se encontraron diferencias especialmente en el grupo de DSS con el bienestar psicológico (CVB) y con la relación con los amigos (CVD), sin embargo estas no fueron estadísticamente significativas, por lo que se hicieron tres subgrupos comparando pacientes con Esclerosis Múltiple y DSP, DSS y DST con pacientes sin disfunción sexual portadores de Esclerosis Múltiple buscando similitudes en las características demográficas y de discapacidad, encontrando diferencias sin embargo, estas no fueron significativas.

En el presente estudio encontramos una alta frecuencia de disfunción sexual tanto primaria, secundaria y terciaria los cuales reflejan alteraciones producidas por lesiones neurológicas que afectan la función sexual y síntomas indirectos que condicionan alteraciones en la respuesta sexual humana como lo es la espasticidad, fatiga, debilidad. En menor frecuencia en comparación a DSP y DSS se presentó la DST, la cual esperábamos fuese mayor por tener implicaciones psicológicas, de autoimagen y de autoaceptación.

El nivel de escolaridad no resultó ser un factor que influya sobre la disfunción sexual ya que fueron similares los resultados entre pacientes con educación básica y educación superior.

No influyeron sobre la disfunción sexual los tratamientos utilizados.

Las mujeres se encuentran con frecuencias de afectación superiores a los hombres en los tres aspectos de disfunción sexual, quizá explicable porque se trata de una enfermedad que afecta predominantemente a las mujeres, en relación a los varones.

Por otra parte el promedio de discapacidad obtenido por el EDSS fue de 2.8 sin embargo, se encontró disfunción sexual en pacientes incluso con un EDSS catalogado como 0- Cabe mencionar que aunque se encontraron diferencias en la calidad de vida al comparar sujetos con y sin disfunción sexual todos con Esclerosis Múltiple, es mejor la calidad de vida en pacientes de Esclerosis Múltiple sin disfunción sexual pero estos resultados no fueron estadísticamente significativos. No se pueden generalizar los resultados obtenidos en este estudio, por lo tanto se requiere realizar una nueva comparación con un mayor número de pacientes para poder aportar datos más firmes acerca de las diferencias.

De cualquier manera esto representa un acercamiento al conocimiento de la vida de los pacientes buscando brindar un alivio sintomático a esta enfermedad que hasta el momento no es curable.

Conclusiones

- La disfunción sexual en la esclerosis múltiple se clasifica en:
 - Primaria: afección de las estructuras relacionadas con la respuesta sexual humana.
 - Secundaria: alteraciones de la sexualidad por otros problemas no directamente relacionados a las estructuras que controlan la respuesta sexual (espasticidad, disfunción intestinal, etc.).
 - Terciaria: situaciones psicológicas que afectan la función sexual
- La escala de evaluación de la disfunción sexual es útil para diferenciar su presencia y modalidades
- La disfunción sexual primaria y la secundaria están presente en el 86.6 % de los pacientes con esclerosis múltiple incluidos en este estudio y la terciaria en el 79.9% a diferencia de lo reportado en la literatura, donde se reporta mayor frecuencia de la disfunción sexual terciaria
- La calidad de vida es menor en los pcientes con disfunción sexual
- Se requiere investigar la sintomatología de disfunción sexual en todos los pacientes con esclerosis múltiple y planear estrategias de intervención para tratarla.

ANEXOS

Anexo 1

EXPANDED DISABILITY STATUS SCALE (EDSS) DE KURTZKE.

I. EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS FUNCIONALES

Funciones piramidales

0. Normal
1. Signos anormales sin debilidad.
2. Debilidad moderada (4/5 en una extremidad o 4+/5 en más de una extremidad).
3. Paraparesia moderada o hemiparesia (4/5 o 4+/5); o monoparesia severa (3/5).
4. Tripararesia severa, paraparesia o hemiparesia (3/5); moderada cuadriparesia (4/5 o 4+/5); o monoplejía.
5. Paraplejía, hemiplejía, o cuadriparesia severa (3/5).
6. Cuadriplejía.
9. Desconocida.

Funciones del cerebelo

(Nota: Pruebas dedo-nariz, talón-rodilla-espinilla, movimientos alternos rápidos y marcha. Esta es una prueba de funciones del cerebelo y no de debilidad. Si uno o más de los miembros no puede examinarse por alguna razón, califique solo los restantes).

0. Normal. (Sin evidencia de disfunción del cerebelo. Esta puntuación puede aplicarse si una o más extremidades tienen incoordinación debido a la debilidad, apraxia, o pérdida sensitiva).
1. Signos anormales sin discapacidad (Interferencia en funciones rutinarias).
2. Ataxia leve (Ataxia en uno o más miembros o ataxia de la marcha suficiente para interferir la función rutinaria).
3. Ataxia moderada. (Ataxia moderada de una o más extremidades o marcha que requiere alguna adaptación física o mecánica para completar una actividad planeada. Los ejemplos incluyen la necesidad de sostenerse de una pared o del brazo de un acompañante para caminar o realizar la marcha de tandem, o usar un apoyo para abrochar los botones de la ropa. La adaptación permite completar la actividad).
4. Ataxia severa en todas las extremidades. (Este puntaje se aplica cuando hay ataxia en una o más extremidades o en la marcha. Los pacientes con ataxia severa no pueden completar una actividad planeada aún con ayuda mecánica o humana aún cuando la actividad pueda iniciarse).
5. Incapaz de realizar movimientos coordinados debido a la ataxia. (Este puntaje solo se usa cuando las actividades de rutina en uno o más extremidades o la marcha no pueden siquiera iniciarse porque la ataxia es tan severa que puede ocasionarse un daño).
9. Desconocido

Funciones del Tallo cerebral

0. Normal
1. Solo signos. (No hay interferencia con la función. Nistagmus no sostenido).
2. Deterioro moderado. (Nistagmus conjugado sostenido, movimientos oculares desconjugados sin nistagmus asociado Oftalmoplejía Internuclear (OIN) incompleta, o paresia de uno o más músculos extraoculares inervados por neuronas originadas en el tallo cerebral).
3. Nistagmus severo, debilidad extraocular marcada o discapacidad moderada de los nervios craneales. (Nistagmus desconjugado OIN completa), parálisis de uno o más músculos extraoculares inervados por neuronas originadas en el tallo cerebral o lenguaje afectado debido a disfunción del tallo cerebral pero que sigue siendo comprensible).

4. Disartria u otra discapacidad marcadas. (Lenguaje afectado por disfunción del tallo cerebral y marcadamente incomprensible).
5. Incapacidad para deglutir o hablar (debido a disfunción del tallo cerebral).
9. Desconocido.

Función sensitiva

0. Normal
1. Solo disminución de la vibración o de la sensibilidad a las figuras escritas, en uno o dos extremidades. (Pérdida de vibración, dolor o temperatura o sentido de posición que involucra los dedos en o una o más extremidades.)
2. Deterioro leve del tacto, dolor o sentido de la posición y moderada disminución de la vibración en una o dos extremidades; o disminución solo de la vibración en tres o cuatro extremidades. (Pérdida de vibración, dolor o temperatura o sentido de posición por encima del tobillo o la muñeca en uno o más miembros.)
3. Deterioro moderado del tacto o dolor o sentido de la posición y esencialmente pérdida de la vibración en una o dos extremidades; o leve deterioro en el tacto o dolor, o moderado deterioro en el tacto o dolor o severo deterioro propioceptivo en más de dos extremidades. (Deterioro severo: Existe una pérdida de la vibración dolor o temperatura, o sentido de la posición por encima de la rodilla o el codo en una o más extremidades).
4. Deterioro marcado del tacto o dolor o pérdida de la propiocepción sola o combinada, en una o dos extremidades; o deterioro moderado del tacto o dolor o deterioro propioceptivo severo en más de dos extremidades (Pérdida de las funciones sensoriales descritas proximales a las rodillas o codos en un miembro).
5. Pérdida de la sensación en uno o dos miembros; o deterioro moderado del tacto o dolor o pérdida de la propiocepción en la mayor parte del cuerpo bajo la cabeza. (Pérdida de las funciones sensoriales antes descritas en más de un miembro).
6. Pérdida de la sensación por debajo de la cabeza.

Función vesical e intestinal

(Pregunte sobre ambos durante las pasadas dos semanas). Califique la peor puntuación en base a lo siguiente:

Anote una "X" junto a la calificación vesical si el paciente requiere cateterización intermitente)

Vejiga

0. Normal.
1. Leve inseguridad urinaria, urgencia, o retención (Síntomas vesicales sin incontinencia).
2. Moderada inseguridad, urgencia, retención de vejiga o intestino, o incontinencia urinaria ocasional (Incontinencia menos de dos veces por semana).
3. Incontinencia urinaria frecuente (Incontinencia dos o más veces por semana pero no diariamente).
4. Requiere cateterización casi constante (Incontinencia diaria).
5. Pérdida de la función vesical. (Catéter a permanencia).
6. Pérdida de la función vesical y rectal. (Función vesical grado 5 con función intestinal grado 5).
9. Desconocida.

Intestino

0. Normal
1. Constipación leve o intermitente pero sin incontinencia.
2. Constipación severa y continua pero sin incontinencia.
3. Incontinencia menos de dos veces por semana.
4. Incontinencia dos o más veces por semana pero no diariamente.
5. Incontinencia cotidiana.
6. Función intestinal grado 5 con función vesical grado 5.
9. Indeterminada.

Función Visual

Nota: Todas las agudezas visuales (AV) mejoran con corrección.

0. Normal. (AV mejor de 20/30 y sin signos de enfermedad en el nervio óptico).
1. Escotoma con AV mejor que 20/30. (AV igual o mejor que 20/30 con signos de enfermedad de nervio óptico, Ej. déficit pupilar aferente).
2. El ojo más dañado con escotoma con AV máxima de 20/30 – 20/59. (El ojo peor con AV máxima corregida 20/40 - 20/50).
3. El ojo más dañado con un gran escotoma, o deterioro moderado en los campos visuales pero con AV máxima de 20/60 – 20/99. (El ojo peor con AV máxima corregida 20/70).
4. El ojo más dañado con marcado deterioro de campo visual y AV máxima de 20/100 – 20/200; grado 3 con AV máxima del ojo menos dañado de 20/60 o menos. (El ojo más dañado con AV máxima corregida 20/100–20/200).
5. El ojo más dañado con AV máxima menor de 20/200; grado 4 con AV máxima del ojo menos dañado de 20/60 o menos. (El ojo más dañado con AV máxima corregida peor que 20/200 y AV máxima del ojo menos dañado mejor que 20/60).
6. Grado 5 con AV máxima en el ojo menos dañado peor que 20/60.
9. Desconocida.

FUNCIONES MENTALES

(Nota: Esta puntuación no se utiliza para calcular la EDSS cuando se están realizando pruebas neuropsicológicas como parte de un ensayo clínico controlado).

0. Normal
1. Solo alteraciones del humor (no afectan la puntuación de EDSS).
2. Deterioro mental leve.
3. Deterioro mental moderado.
4. Deterioro mental marcado.
5. Demencia o síndrome cerebral crónico.
9. Desconocido

II. CALIFICACIÓN

- 0.0 Examen neurológico normal (grado 0 en todos los registros).
- 1.0 Sin discapacidad, signos mínimos en un Sistema Funcional (SF) (1 grado 1).
- 1.5 Sin discapacidad signos mínimos en más de un SF (más de 1 grado 1).
- 2.0 Discapacidad mínima en un SF (1 grado 2, otros 0 ó 1).
- 2.5 Discapacidad mínima en dos SF (2 grado 2, otros 0 ó 1)
- 3.0 Discapacidad moderada en un SF (1 grado 3, otros 0 ó 1) o leve discapacidad en tres o cuatro SF (3 ó 4 grado 2, otros 0 ó 1) aunque totalmente ambulatorio.
- 3.5 Totalmente ambulatorio pero con moderada discapacidad en un SF (1 grado 3) y 1 ó 2 grado 2; o 2 grado 3 (otros 0 ó 1) ó 5 grado 2 (otros 0 ó 1).
- 4.0 Totalmente ambulatorio sin ayuda, auto suficiente y de pie unas 12 horas al día a pesar de discapacidad relativamente severa consistente en 1 SF grado 4 (otros 0 ó 1), o una combinación de grados menores que exceda los límites de los puntaje previos y que el paciente pueda ser capaz de caminar más de 500 m sin ayuda o descanso.
- 4.5 Totalmente ambulatorio sin ayuda, de pie la mayor parte del día; por otra parte, puede requerir mínima asistencia; se caracteriza por discapacidad relativamente severa, la cual usualmente consiste en un SF grado 4 (otros 0 ó 1) o en combinaciones de grados menores que excedan los límites de puntajes previos y camine más de 300 m sin apoyo o descanso.
- 5.0 Ambulatorio sin ayuda o descanso durante 200 m; discapacidad severa suficiente para deteriorar las actividades de la vida cotidiana (Ej. trabajar todo el día sin apoyo especial). Los SF equivalentes en general son uno grado 5 solo; otros 0 ó 1; o combinaciones de grados menores que excedan las especificaciones del grado 4).
- 5.5 Ambulatorio sin ayuda durante al menos 100 m; discapacidad lo suficientemente severa para impedir las actividades de la vida diaria. (Los SF equivalentes en general son uno grado 5 solo, otros 0 ó 1; o una combinación de grados menores).
- 6.0 Se requiere asistencia intermitente o unilateral constante (bastón, muleta, u otros) para caminar al menos 100 m. (Los SF equivalentes generalmente son combinaciones con más de un SF grado 3).
- 6.5 Se requiere asistencia constante bilateral (bastón, muleta, u otros) para caminar al menos 20 m. (Los SF equivalentes generalmente son combinaciones con más de un SF grado 3).
- 7.0 Incapaz de caminar al menos 5 m aún con ayuda, esencialmente restringido a silla de ruedas; puede rodarse y transportarse solo; de pie y en silla de ruedas unas 12 horas al día. (Los SF equivalentes generalmente son combinaciones con más de un SF grado 4+; muy rara vez existe solo sistema piramidal grado 5).
- 7.5 Incapaz de dar más de unos cuantos pasos; restringido a una silla de ruedas; puede necesitar ayuda para trasladarse; puede rodarse solo pero no puede estar en una silla de ruedas todo el día. (Los SF equivalentes generalmente son combinaciones con más de un SF grado 4+; muy rara vez existe solo sistema piramidal grado 5).

- 8.0 Básicamente restringido a silla, pero fuera de cama la mayor parte del día; conserva muchas funciones de autocuidado; generalmente el uso de sus brazos es adecuado. (Los SF equivalentes generalmente son combinaciones, con grado 4+ en varios SF).
- 8.5 Esencialmente restringido a la cama la mayor parte del día; con uso de brazos algo efectivo; conserva algunas funciones de auto cuidado. (Los SF equivalentes generalmente se integran con grado 4 en varios SF).
- 9.0 Paciente en cama imposibilitado; puede comunicarse y comer. (Los SF equivalentes generalmente son combinaciones sobre todo con grado 4+).
- 9.5 Paciente en cama totalmente imposibilitado, incapaz de comunicarse efectivamente o comer o deglutir. (Los SF equivalentes generalmente son combinaciones, casi todos con grado 4+).
- 10.0 Muerte debida a EM.

Anexo 2

Encuestas - Cuestionario-19 [MSISQ-19] sobre intimidad y sexualidad en la esclerosis múltiple

INSTRUCCIONES:

Para entender mejor el impacto de la Esclerosis Múltiple en la intimidad y la sexualidad, en este cuestionario de 19-rubros se le pide que puntúe cómo han interferido los distintos síntomas de EM en su actividad o satisfacción sexuales en los últimos seis meses. Puede responder a las preguntas poniendo una marca en la cuadrícula junto a la pregunta y debajo del número apropiado. No hay respuestas correctas o incorrectas. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, escoja la que más le convenga.

DURANTE LOS SEIS MESES PASADOS, LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS HAN INTERFERIDO EN MI ACTIVIDAD O SATISFACCIÓN SEXUAL:	nunca	casi nunca	a veces	casi siempre	siempre
	1	2	3	4	5
1. Tirantez o espasmos musculares en los brazos, piernas o cuerpo					
2. Síntomas de vejiga o urinarios					
3. Síntomas intestinales					
4. Sentimientos de dependencia debidos a la EM					
5. Temblor o agitación de manos o cuerpo					
6. Dolor, quemazón o incomodidad del cuerpo					
7. Sentimiento de que mi cuerpo es menos atractivo					
8. Problemas para mover el cuerpo como quisiera durante la actividad sexual					
9. Sentirse menos masculino o femenina debido a la EM					
10. Problemas de concentración, memoria o para pensar					
11. Exacerbación o empeoramiento significativo de la EM					
12. Menos sensación o entumecimiento de los genitales					

13. Miedo a ser rechazado sexualmente debido a su enfermedad.					
14. Temor a no satisfacer sexualmente a la pareja					
15. Sentirse menos seguro de la propia sexualidad debido a la EM					
16. Falta de interés o deseo sexual					
17. Orgasmos o clímax menos placenteros					
18. Se tarda demasiado en llegar al orgasmo o el clímax					
19. Humedad o lubricación vaginal inadecuada (las mujeres) / dificultad para llegar o mantener una erección satisfactoria (los hombres)					

Puntuación:

Rubros de disfunción sexual primaria = 12, 16, 17, 18, 19

Rubros de disfunción sexual secundaria = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11

Rubros de disfunción sexual terciaria = 7, 9, 13, 14, 15

Anexo 3

Cuestionario MusiQoL

	Bienestar físico	Nunca/ En absoluto	Rara vez/ Un poco	A veces/ Algo	Con frecuencia Mucho	Siempre/ Muchísimo	No pertinente
1	Ha tenido dificultades para caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Se ha sentido entorpecido en sus actividades físicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ha tenido problemas con su equilibrio o al caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ha tenido dificultades con actividades fuera de casa, como al ir de compras, ir al cine...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ha tenido dificultades con sus labores domésticas, como limpiar, cocinar..?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ha tenido dificultades con actividades ocupacionales, como integración, interrupción, limitación...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Se ha cansado con rapidez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ha sentido que es una carga para sus familiares o amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Síntomas	Nunca	Rara vez/ Un poco	A veces/ Algo	Con frecuencia/ Mucho	Siempre/ Muchísimo	No pertinente
9	Ha tenido dificultades para concentrarse, como cuando lee, ve una película, participa en una discusión...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ha tenido problemas con pérdida de memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ha tenido problemas con su vista: ha empeorado o es desagradable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ha experimentado sensaciones desagradables, como calor, frío...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bienestar psicológico	Nunca	Rara vez/ Un poco	A veces	Con frecuencia/ Mucho	Siempre/ Muchísimo	No pertinente
13	Se ha sentido triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Se ha sentido deprimido o melancólico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ha sentido deseos de llorar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Se ha sentido desalentado o desmoralizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Se ha sentido ansioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Se ha sentido amargado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Se ha sentido preocupado acerca del progreso de su enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Se ha preocupado acerca de su futuro económico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Autoestima	Nunca/ En absoluto	Rara vez/ Un poco	A veces/ Algo	Con frecuencia/ Mucho	Siempre/ Muchísimo	No pertinente
21	Ha sentido confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Se ha sentido satisfecho con su vida espiritual o religiosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ha cuidado de sí mismo, es decir al vestirse, peinarse...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Ha hecho planes a futuro (personales, profesionales...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Relaciones con amigos	Nunca	Rara vez/ /Un poco	A veces / Algo	Con frecuencia/ Mucho	Siempre/ Muchísimo	No pertinente
25	Ha hablado con sus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Ha sentido que sus amigos lo animan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Ha sentido que sus amigos lo comprenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Relaciones con familiares y personal médico	Nunca	Rara vez /Un poco	A veces / Algo	Con frecuencia / Mucho	Siempre/ Muchísimo	No pertinente
28	Ha sentido que su cónyuge/pareja o familiares lo comprenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Ha hablado con su cónyuge/pareja o sus familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Se ha sentido apoyado, ayudado por los médicos, enfermeras, psicólogos...que atienden su EM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Se ha sentido satisfecho con la información acerca de su enfermedad o tratamiento proporcionada por los médicos, enfermeras, psicólogos... que atienden su EM?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 4

Criterios Diagnósticos Recomendados por el Panel Internacional 2005

Brotos Clínicos o ataques	Lesiones Objetivas	Requerimientos Diagnósticos adicionales
2 ó más	2 ó más	Ninguno, la evidencia clínica es suficiente, evidencia adicional deseable, debe ser consistente con Esclerosis Múltiple
2 ó más	1	Diseminación en espacio por: RM ó LCE positivo más 2 ó mas lesiones en RM consistentes con EM ó un segundo ataque clínico en un sitio diferente
1	2 ó más	Diseminación en tiempo por RM ó un segundo ataque clínico
1	1	Diseminación en espacio por RM ó LCE positivo más 2 lesiones en RM consistentes con EM (Monosintomatica) y diseminación en tiempo por: RM ó un segundo ataque clínico
Progresión insidiosa Sugestiva de EM		Un año de progresión de la enfermedad (retrospectivamente o prospectivamente determinado)
EMPP		Dos de los siguientes: a. Imagen de RM cerebral positiva b. (9 Lesiones en T1, ó 4 más lesiones en T2 y PEV positivos b. Imagen de RM de la médula espinal positiva (2 lesiones en T2). c. LCE positivo.

Referencias bibliográficas

- ¹ M.A. Moreira, C.P. Tilbery, et al. Aspectos históricos de la esclerosis múltiple. Rev. Neurol 2002;34(4): 378-383.
- ² Romero R. Rivera P. Sobre esclerosis múltiple, a propósito de un caso. CIMEL 2004;9(1):41-45
- ³ John H. Noseworthy, MD Multiple Sclerosis. New England Journal of Medicine 2000;343(13) :938-952.
- ⁴ D.F. Uria Epidemiología de la Esclerosis Múltiple. Rev Neurol 2002;35(10):979-984.
- ⁵ M. de la Maza, J García. Revisión de la epidemiología de la Esclerosis Múltiple en México. Rev Neurol 2000;31(5):494-495.
- ⁶ AMMEEM. El manejo integral de los pacientes con Esclerosis Múltiple.2003 Editorial Prado.
- ⁷ Clare J. Fowler. Neurologic Bladder, Bowel and Sexual Dysfunction. Seminars in Clinical Neurology. 2001:38-50.
- ⁸ Mark Tullman. Symptomatic therapy in multiple sclerosis. Continuum. 2004;10(6):142-163
- ⁹ L. Ayuso et al. Tratamiento sintomático de la esclerosis múltiple. Rev Neurol 2002;35(12):1141-1153
- ¹⁰ Rona Rubin MA, et al. Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis. Nursing Standard 2004;28(19):33-37
- ¹¹ Audrey Sorgen Sanders, PhD., et al. The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19(MSISQ-19) Sexuality and Disability 2000;18(1):3-19.
- ¹² Heidi Crayton, MD et al Neurology 2004;63(11):S12-S18
- ¹³ M. Velásquez-Quintana, M.A.Macias-Islas.Esclerosis Múltiple en Mexico: un estudio multicéntrico Rev Neurol 2003;36(11):1019-1022.
- ¹⁴ Harrison. Principles of internal medicine 16 edition 2006: 306-311.
- ¹⁵ Mattson D, et al. Multiple Sclerosis. Sexual Dysfunction and its response to medications. Arch Neurol 2001;52: 862.
- ¹⁶ J Rivera-Navarro et al Hacia la búsqueda de dimensiones más específicas en la medición de la calidad de vida en la Esclerosis Múltiple Rev Neurol 2001;32(8) : 705-713.
- ¹⁷ Tj Murria Diagnosis and treatment of Multiple Sclerosis BMJ 2006; 332:525-7
- ¹⁸ W. Ian Mc Donald Recomendad diagnostic criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines from de international panel on the diagnosis of Multiple Sclerosis. Ann Neurol 2001;50:121-127.
- ¹⁹ Diagnostic criteria for Multiple Sclerosis: 2005 Revisions to the “Mc Donald Criteria” Ann Neurol 2005;58:840-846
- ²⁰ L. Ayuso-Peralta Tratamiento sintomático de la esclerosis múltiple Rev Neurol 2002;35(12)1441-1153