

Impacto de la disfunción sexual en la calidad de vida en pacientes con Esclerosis Múltiple

Alvarez Nuño Samuel,¹ Quiñones Aguilar Sandra,¹
Plascencia Álvarez Noel Isaías,¹ Sauri Suárez Sergio,¹ Núñez Orozco Lilia¹

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, 41.93 % fueron hombres y 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. **Palabras clave:** disfunción sexual, esclerosis múltiple, depresión, calidad de vida.

Rev Mex Neuroci 2007; 8(2): 142-149

Impact of sexual dysfunction on Quality of Life of Patients with Multiple Sclerosis

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. **Key words:** Sexual dysfunction, multiple sclerosis, depression, quality of life.

Rev Mex Neuroci 2007; 8(2): 142-149

1. Servicio de Neurología CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, Cd. de México.

Correspondencia:
Samuel Álvarez Nuño
Servicio de Neurofisiología Clínica, CMN 20 de Noviembre.

INTRODUCCIÓN

La Esclerosis Múltiple (EM) 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 EM; esta alteración recurrente y eventualmente progresiva de la sustancia blanca del sistema nervioso central (SNC) 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 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 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 conparaplejía*.

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

La EM es más frecuente en Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda, con

prevalencias en general mayores de 50/100,000 habitantes, mientras que en África, Sudáfrica o el lejano Oriente es de 5/100,000 habitantes.⁴ En México el primer estudio (Olivares y Alter) se llevó a cabo en 1970, en el Hospital 20 de Noviembre de la Ciudad de México, perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en el que se informó una prevalencia de 1.6/100 000 habitantes,⁵ cifra equivalente en la actualidad en número absoluto de 1,600 pacientes en todo el país, que dejó la idea de que la enfermedad era prácticamente inexistente en México. Posteriormente se han realizado otros estudios epidemiológicos: en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía durante el período comprendido entre 1973 y 1992 se encontró 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 simultáneas muestran una prevalencia estimada de 13 por 100,000 habitantes⁵ en un estudio realizado en Chihuahua por la Dra. Merced Velásquez.

Ciertamente, en los últimos 10 años con el desarrollo de la tecnología de la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) se ha observado un incremento en el diagnóstico en México.

La EM tiene una expresión clínica notablemente variada, ya que los signos y síntomas suelen aparecer en combinaciones diversas o aislados, ser leves o severos, durar poco o mucho tiempo, dependiendo sobre todo del área del SNC afectada.⁶ La EM es una enfermedad con importantes consecuencias psicológicas y sociales para las personas que la padecen, dado que tiene un carácter impredecible en su evolución crónica; dichas consecuencias producen repercusiones en el ámbito poblacional por ser una enfermedad que prevalece en adultos jóvenes, que limita los años más productivos de este sector de la población. Estas características provocan en los que padecen EM no sólo secuelas físicas sino también problemas psicológicos y sociales.⁷

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; 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 SNC 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 magnética,⁸ 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 EM, enfermedades con un típico curso remitente recurrente, con progresión insidiosa, y sin ataques claros y sin remisiones.^{9,10}

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 nerviosa 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 periféri-

co 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.¹¹

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 90% de los pacientes a diferencia de lo que otros autores han reportado.^{6,12,13}

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 hom-

bres 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.^{14,15}

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 antidepressivos Tricíclicos disminuyen el deseo y producen disfunción eréctil y orgásmica.¹² Foley y Werner en 2000 desarrollaron un modelo conceptual que describe los síntomas sexuales en términos de Disfunción Sexual Primaria, Secundaria y Terciaria.

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.

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 debe a alteraciones directas de las vías del sistema nervioso, se relaciona 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.

Disfunción sexual terciaria

Se refiere a los aspectos emocionales, psicológi-

cos, 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.¹⁶

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.¹⁷

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 de 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.¹⁸ 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.¹⁹

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, donde se incluyeron a 35 pacientes de 23 a 55 años de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de Esclerosis Múltiple definida por los criterios de Mc Donald¹⁰ que no se encontraban en brote agudo.

La finalidad fue determinar la frecuencia de la disfunción sexual en pacientes con EM y su impacto en la 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, junto con la escala para disfunción sexual en pacientes con Esclerosis Múltiple MSISQ-19, 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, 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 EM con las mismas características demográficas de afectación de la enfermedad, quedando un grupo para disfunción sexual primaria de ocho pacientes: cuatro sin disfunción sexual primaria y cuatro con disfunción sexual primaria; un segundo grupo de ocho pacientes: cuatro sin disfunción sexual secundaria y cuatro con disfunción sexual secundaria; y un tercer grupo de 16 pacientes: ocho sin disfunción sexual terciaria y ocho con disfunción sexual terciaria; cabe mencionar que se encontraron nueve pacientes con disfunción sexual terciaria pero no fue posible encontrar nueve controles lo más parecido posible, por lo que se excluyó a un paciente para que se hicieran muestras apareadas de ocho.

RESULTADOS

De los 35 casos captados fueron 13 hombres (37.1%) y 22 mujeres (62.9%) (Figura 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; asimismo, 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%). (Figura 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%);

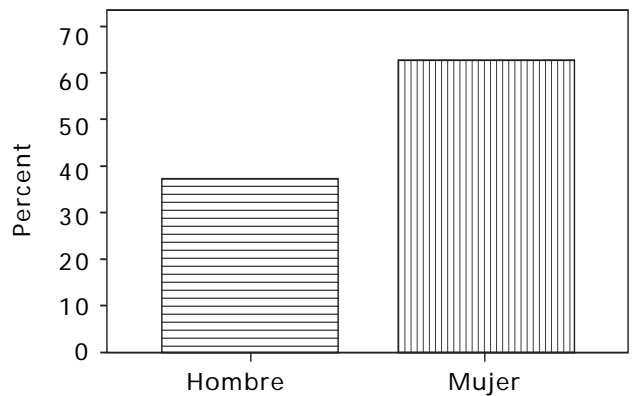


Figura 1. Sexo.

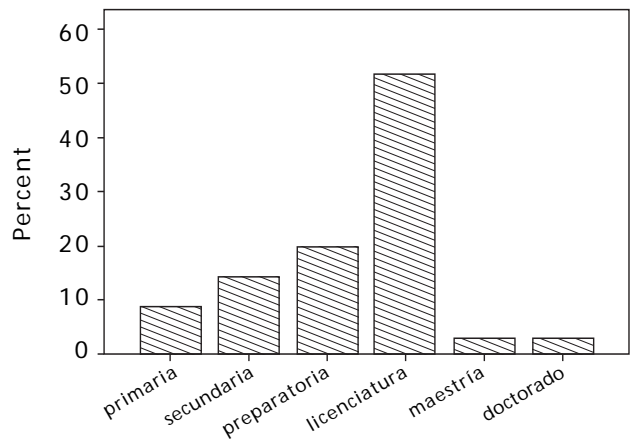


Figura 2. Escolaridad.

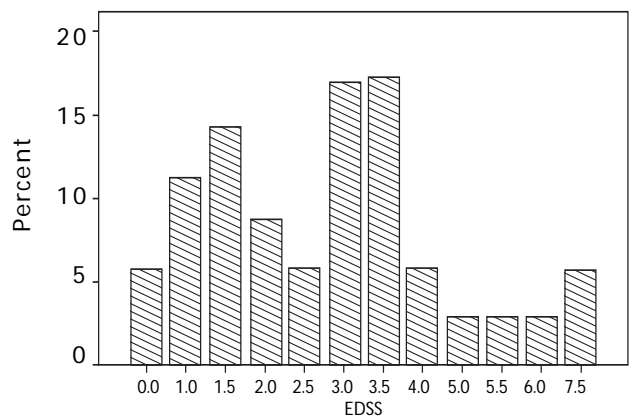


Figura 3. EDSS

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 (Figura 3).

Se encontró Disfunción Sexual Primaria en 31 pacientes (86.6%), 13 hombres (41.93%) y 18 (58.06)

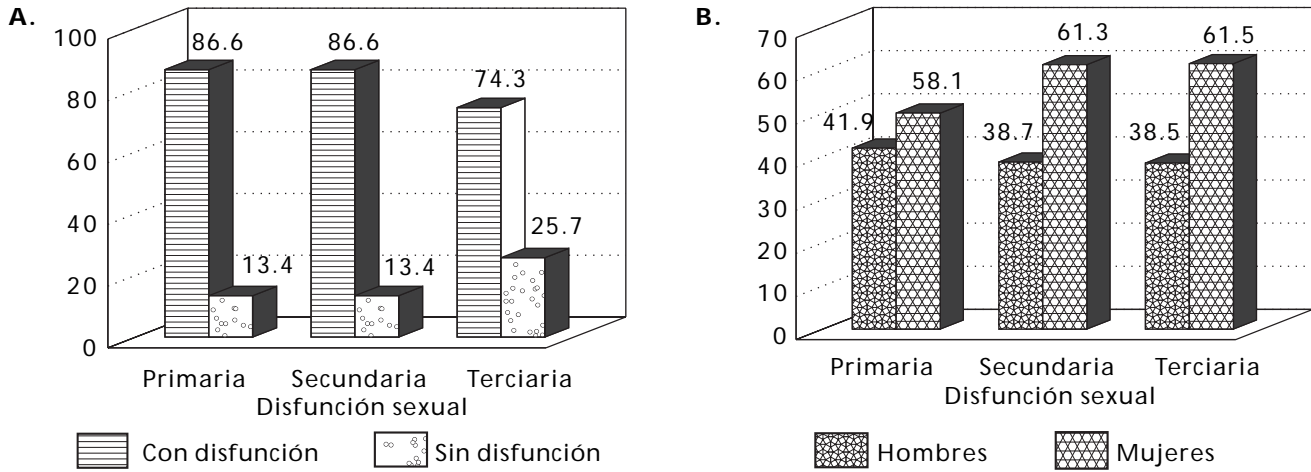


Figura 4. Disfunción sexual

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	0.20
CVB	31	33.94	12.40	0.790	0.23
CVC	31	20.94	6.71	-0.271	0.06
CVD	31	7.10	2.99	1.99	0.28
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	0.20
CVB	31	34.23	12.65	1.17	0.62
CVC	31	21.61	7.26	1.264	0.11
CVD	31	6.97	2.98	1.226	0.87
CVE	31	6.81	0.32	0.472	0.22

%) 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 %), 10 hombres (38.46 %) y 16 (61.53 %) mujeres (Figura 4).

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, 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 cuatro los pacientes sin disfunción sexual.

Los resultados de la prueba son: CVA t 1.14 p < 0.20 CVB t 0.790 p < 0.23 CVC t -0.271 p < 0.06 CVD t 1.99 p < 0.283 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 t 1.14 p < 0.20 CVB t 1.17 p < 0.62 CVC t 1.26 p < 0.11 CVD t 1.22 p < 0.87 CVE t 0.472 p < 0.22 (Tabla 2). La media de puntuación para DST fue de N = 35 de los cuales 26 pacientes presentan disfunción CVA t 1.157 p < 0.61 CVB t 1.04 p < 0.86 CVC t 1.58 p < 0.85 CVD t 0.590 p < 0.53 CVE t 0.53 p < 0.33 (Tabla 3).

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

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	0.61
CVB	26	34.65	12.5	1.048	0.86
CVC	26	22.19	7.46	1.598	0.85
CVD	26	6.92	2.99	0.590	0.53
CVE	26	6.88	3.37	0.533	0.33

Tabla 4
Puntajes de prueba t para grupos apareados de
Disfunción Sexual Primaria

	N	Media	S	t	p
CVA	8	32.0	15.68	0.403	0.87
CVB	8	25.25	9.21	0.284	0.74
CVC	8	7.25	3.94	1.35	0.10
CVD	8	8.25	2.21	0.696	0.72
CVE	8	5.25	1.89	0.182	0.86

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	0.45
CVB	8	20.50	3.69	- 0.174	0.04
CVC	8	5.50	1.0	- 0.917	0.06
CVD	8	7.25	2.06	3.50	0.001
CVE	8	5	2.0	- 0.90	0.56

Tabla 6
Puntajes de prueba t para grupos apareados de
Disfunción Sexual Terciaria

	N	Media	S	t	p
CVA	16	30.63	10.98	- 0.123	0.60
CVB	16	20.23	3.790	0.646	0.09
CVC	16	5.25	1.165	- 0.565	0.07
CVD	16	6.38	2.264	- 0.086	0.14
CVE	16	6	2.82	- 0.268	0.33

diferencias, las cuales también resultaron no ser significativas.

En el caso de DSP se formaron dos grupos de cuatro sujetos con y sin disfunción y los puntajes de la prueba son; CVA t 0.403 p < 0.87 CVB t 0.28 p < 0.74 CVC t 1.35 p < 0.10 CVD 0.69 p < 0.72 CVE t 0.18 p < 0.86 (Tabla 4).

En lo que se refiere a la EDSS también se formaron dos grupos de cuatro sujetos con disfunción,

comparados contra cuatro sujetos sin disfunción, los resultados fueron CVA t 1.29 p < 0.45 CVB t -0.17 p < 0.04 CVC -0.91 p < 0.06 CVD t 3.50 p < 0.001 CVE t -0.90 p < 0.56 (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 -0.123 p < 0.60 CVB t 3.79 p < 0.09 CVC t -0.565 p < 0.07 CVD t -0.086 p < 0.14 CVE t -0.268 p < 0.332 (Tabla 6).

CONCLUSIONES

La disfunción sexual en la esclerosis múltiple se clasifica en:

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

REFERENCIAS

1. Moreira MA, Tilbery CP, et al. Aspectos históricos de la esclerosis múltiple. *Rev. Neurol* 2002; 34(4): 378-83.
2. Romero R, Rivera P. Sobre esclerosis múltiple, a propósito de un caso. *CIMEL* 2004; 9(1): 41-45
3. Noseworthy JH, MD Multiple Sclerosis. *New England Journal of Medicine* 2000; 343(13): 938-52.
4. Uria DF. Epidemiología de la Esclerosis Múltiple. *Rev Neurol* 2002; 35(10): 979-84.

5. de la Maza M, García J. Revisión de la epidemiología de la Esclerosis Múltiple en México. *Rev Neurol* 2000; 31(5): 494-95.
6. AMMEEM. *El manejo integral de los pacientes con Esclerosis Múltiple*. Editorial Prado; 2003.
7. Rivera-Navarro J 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): 705-13.
8. Murria TJ. *Diagnosis and treatment of Multiple Sclerosis*. *BMJ* 2006; 332: 525-27
9. Mc Donald WI. *Recommended diagnostic criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines from de international panel on the diagnosis of Multiple Sclerosis*. *Ann Neurol* 2001; 50: 121-27.
10. *Diagnostic criteria for Multiple Sclerosis: 2005, Revisions to the "Mc Donald Criteria"* *Ann Neurol* 2005; 58: 840-46.
11. Fowler CJ. *Neurologic Bladder, Bowel and Sexual Dysfunction*. *Seminars in Clinical Neurology*. 2001: 38-50.
12. Tullman M. *Symptomatic therapy in multiple sclerosis*. *Continuum* 2004; 10(6): 142-63.
13. Velásquez-Quintana M, Macías-Islas MA. *Esclerosis Múltiple en México: un estudio multicéntrico*. *Rev Neurol* 2003; 36(11): 1019-22.
14. Ayuso L, et al. *Tratamiento sintomático de la esclerosis múltiple*. *Rev Neurol* 2002; 35(12): 1141-53
15. Rona Rubin MA, et al. *Communication about sexual problems in male patients with multiple sclerosis*. *Nursing Standard* 2004; 28(19): 33-37
16. Sorgen SA, PhD., et al. *The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19(MSISQ-19) Sexuality and Disability* 2000; 18(1): 3-19.
17. Crayton H, MD et al. *Neurology* 2004; 63(11): S12-S18
18. Harrison. *Principles of internal medicine*. 16 edition 2006, 306-11.
19. Mattson D, et al. *Multiple Sclerosis. Sexual Dysfunction and its response to medications*. *Arch Neurol* 2001; 52: 862.
20. L. Ayuso-Peralta *Tratamiento sintomático de la esclerosis múltiple*. *Rev Neurol* 2002; 35(12): 1441-53.

