

CAMPOS RICO, A.; ELVIRA CUEVAS, A.; REY BECERRA, Y.; ZAFRA LUQUE, B.  
Enfermeras U.G.C. Centro de Salud Miraflores de los Ángeles, Málaga

# Vivir la sexualidad con esclerosis múltiple y vejiga neurógena: a propósito de un caso

## RESUMEN

Los problemas relacionados con la sexualidad de nuestros pacientes no son fáciles de abordar; ya sean el problema primario o consecuencia de otro problema de salud. Existen factores de tipo cultural, de rol profesional e incluso de tipo estrictamente personal, que condicionan el afrontamiento y el tratamiento de este tipo de situaciones. De hecho, lo cotidiano es «pasar por alto» desde la misma valoración de necesidades las cuestiones relativas al sexo, salvo que exista una petición o referencia expresa por parte del individuo. El caso que ilustra el presente trabajo muestra un abordaje que, partiendo del afrontamiento que de su sexualidad hace una paciente con serios problemas de salud, permite una salida satisfactoria tras algunos meses de trabajo de un equipo multidisciplinar bajo la coordinación de su enfermera de Atención Primaria.

**Palabras clave:** sexualidad, cuidados enfermeros, multidisciplinar, coordinar.

## SUMMARY

Sexual problems related to our patients are not easy to deal with, whether they are primary problem or a consequence of a health problem. There are cultural factors, professional role ones and strictly personal ones that interfere in the treatment of those situations. In fact, the common is to omit the valuation of necessities, sexual issues, except there is an inquiry done by the patient. The case that illustrates this piece of work shows a way to deal with sexuality in a patient with health serious problems and how she succeeds satisfactory after some months of working of a multidisciplinary group coordinated by her primary care nurse.

**Keywords:** sexuality, nursing cares, multidisciplinary, coordinate.

## INTRODUCCIÓN

Una satisfactoria relación paciente/profesional es la base sobre la que se asienta la atención de enfermería y posibilita buscar soluciones o alternativas a las distintas situaciones de salud que a lo largo de una enfermedad progresiva e incapacitante, como la esclerosis múltiple, se van presentando al individuo. Es en estos casos cuando la empatía, la sinceridad y honestidad del profesional ante los retos y demandas que presenta el sujeto ponen a prueba no sólo los recursos terapéuticos de éste, sino su capacidad para movilizar e implicar a otros profesionales y equipos asistenciales que, conjuntamente, trabajen en la misma dirección, aquella que lleva a la satisfacción de las necesidades del individuo y a la mayor cota de independencia posible en su situación de salud. Alarcía-Alejos et al muestran en su estudio del abordaje de la disfunción sexual en la esclerosis múltiple que, el padecer una disfunción urinaria multiplica por 5.7 la posibilidad de padecer una disfunción sexual. Igualmente muestran que el 87% de los hombres y el 65,7% de las mujeres con EM consideran muy importante su vida sexual.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Ana tiene en la actualidad 44 años, fue diagnosticada de esclerosis múltiple hace 10 años y desde entonces sufre brotes progresivos que la van incapacitando, con el agravante de un rechazo al tratamiento con interferón. El desarrollo de la enfermedad le ha provocado una vejiga neurógena que inicialmente fue controlada con absorbentes para incontinencia para tratar las pérdidas continuas de orina que le ocasionaban disconfort por la humedad, olor, infecciones de repetición y el riesgo de insuficiencia renal. En posteriores revisiones por el urólogo, éste recomendó el cateterismo vesical permanente, ante la duda de su capacidad para el autosoñado intermitente y el desconocimiento de los recursos sanitarios para ello.

Es en este momento cuando Ana plantea a su enfermera de Atención Primaria, con la que ya mantenía una relación terapéutica prolongada, las implicaciones de su nueva situación de salud sobre su vida sexual, que estaba afectando a sus relaciones personales y a su autoestima.

## VALORACIÓN GENERAL

En este caso, como en tantos otros en los que la relación individuo/profesional es continua y prolongada, la valoración se centraría en aquellas circunstancias que están interfiriendo en su situación de salud/enfermedad, concretamente en el patrón de eliminación, autoconcepto, relación y sexual, fundamentalmente. No obstante, a efectos metodológicos recogemos todos los patrones de respuesta, aunque sea brevemente.

**Patrón 1.** Percepción/manejo de la salud: Ana convive con su enfermedad desde hace varios años, hace un correcto seguimiento del tratamiento, salvo las repetidas veces en las que utiliza antibióticos, incluso en la creencia de que iba a desarrollar una infección de orina y se automedicaba en ese sentido. Presenta un peso correcto, sigue las recomendaciones de los profesionales y participa activamente en sus cuidados.

**Patrón 2.** Nutricional/metabólico: sigue una dieta equilibrada, conoce la importancia de la ingesta de verduras, vegetales y líquidos, así como del aporte correcto de proteínas e hidratos de carbono para evitar los riesgos derivados de la inmovilidad.

**Patrón 3.** Evacuación/eliminación: consigue una evacuación intestinal cada 48 horas, a menudo utiliza microenemas para ello; la vejiga neurógena provocó repetidas ITU por retención, y el urólogo recomendó el cateterismo vesical permanente, en el convencimiento de que la paciente no era capaz de asumir el autosondaje programado; previamente utilizaba absorbentes de orina, ya que probablemente la micción era por rebosamiento. Hacía cinco años que Ana había sido diagnosticada de vejiga neurógena con un estudio de urodinámica.

**Patrón 4.** Actividad/reposo: dada su enfermedad, y especialmente en los momentos de brotes, presenta dependencia para la movilidad, aunque Ana procura moverse todo lo posible y participa activamente en todas las actividades posibles. Se moviliza en silla de ruedas.

**Patrón 5.** Sueño/descanso: habitualmente sin problemas para dormir, dado que trata de llevar una vida muy activa; ocasionalmente utiliza un sedante suave para conciliar el sueño.

**UNA SATISFACTORIA RELACIÓN PACIENTE/PROFESIONAL ES LA BASE SOBRE LA QUE SE ASIENTA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y POSIBILITA BUSCAR SOLUCIONES O ALTERNATIVAS A LAS DISTINTAS SITUACIONES DE SALUD QUE A LO LARGO DE UNA ENFERMEDAD PROGRESIVA E INCAPACITANTE, COMO LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE, SE VAN PRESENTANDO AL INDIVIDUO**

**LA AUTOESTIMA QUE ANA, PESE A SU SERIO PROBLEMA DE SALUD, HABÍA MANTENIDO HASTA ENTONCES, Y QUE SE ESTABA VIENDO AMENAZADA POR LA DIFICULTAD PARA SATISFACER UNA NECESIDAD BÁSICA, HA DEJADO DE PREOCUPAR, INCLUSO HA MEJORADO. EL PLANTEAMIENTO TERAPÉUTICO HA SIDO, TAL VEZ, MÁS COMPLEJO Y COMPLETO QUE EL DIAGNÓSTICO, Y NO HA SIDO ALGO CASUAL, HEMOS PREFERIDO QUE EL JUICIO DIAGNÓSTICO FUERA LOS MÁS SIMPLE Y CENTRADO EN LAS PREOCUPACIONES DE LA PACIENTE, MIENTRAS QUE EL ABORDAJE TERAPÉUTICO HA SIDO TODO LO AMPLIO NECESARIO PARA DAR SATISFACCIÓN A LAS NECESIDADES EN EL CAMPO FISIOLÓGICO, CONDUCTUAL Y CONTROL DE LA INFORMACIÓN Y USO DE RECURSOS SANITARIOS**

**Patrón 6.** Cognitivo/perceptual: perfectamente informada sobre su enfermedad, pronóstico y tratamiento; intelectualmente muy activa, no rehuye hablar sobre su situación de salud y es la más interesada en plantear alternativas a cada situación.

**Patrón 7.** Autopercepción/autoconcepto: preocupada ahora por lo que implicaría el sondaje permanente, está influyendo negativamente en su autoconcepto, lo percibe como un agravante a su comprometida situación de salud y su calidad de vida.

**Patrón 8.** Rol/relación: Ana está casada y tiene un hijo de 15 años, mantiene a pesar de su progresiva incapacidad una relación de pareja y familiar que califica como satisfactoria, es consciente de sus limitaciones y participa en todas las actividades en las que tiene oportunidad.

**Patrón 9.** Sexual/reproductor: la paciente refiere que, con todas sus limitaciones, es una parte de su vida a la que no quiere renunciar y manifiesta preocupación por las limitaciones impuestas; reconoce que la sexualidad es importante para su autoimagen y estima. Refiere desinterés, dificultades para conseguir la excitación e incomodidad para mantener relaciones.

**Patrón 10.** Tolerancia al estrés, afrontamiento: el afrontamiento de Ana ante su situación de salud es adecuado, le posibilita tomar decisiones correctas, demanda información y alternativas y utiliza los recursos de los que dispone.

**Patrón 11.** Valores y creencias: Ana no es una persona religiosa, pero sí muestra unos valores sobre la vida, familia, relaciones, etc., firmes que no se han modificado por el curso de la enfermedad.

## PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Desde el momento que Ana plantea la situación derivada de la recomendación del urólogo de cateterismo permanente, su enfermera le comenta la posibilidad del autosondaje programado, informándole de lo que ello conlleva; la paciente se muestra interesada y se pone en marcha la solicitud de estudio por parte de la unidad de cateterismo urológico del Hospital Universitario Virgen de la Victoria; se trata de identificar la presencia de

impedimentos en el tracto urinario inferior o riesgos para la realización del autosondaje programado, iniciando la formación de la cuidadora formal. Una vez realizado el estudio, la enfermera comienza la formación de paciente, familia y cuidadora formal, incluyendo la realización de balances hídricos, cuestionario ICIQ, el pad-test que evidenció una incontinencia severa (clasificación de Mouristein), para detectar posibles problemas y calcular el número de cateterismos idóneos en su caso. El paciente se cateteriza según la cantidad de orina obtenida por autosondaje u orina residual:

500 cc: Cateterizar c/4 horas.

400 cc: Cateterizar c/6 horas.

300 cc: Cateterizar c/8 horas.

200 cc: Cateterizar c/12horas.

100 cc: Cateterizar una vez al día o interrumpir la cateterización. Con estas pautas se confecciona un diario de sondaje con los siguientes parámetros: ingesta de líquidos, número de sonda, hora del sondaje, tipo de micción, volumen e incidencias (escapes, volumen de escapes, sondaje con dolor, impedimentos, etc). Las sondas utilizadas son la hidrofílicas prelubricadas de baja fricción.

Con todo ello concluimos en la conveniencia de realizar tres autosondajes al día.

Todo ello enfocado a la recuperación de la normalidad en su vida sexual.

**Cuadro 1**  
**Valoración focalizada**

NOC	INDICADORES
0119 Funcionamiento sexual	011901 Consigue la excitación sexual 011907 Expresa capacidad de realizar la actividad sexual a pesar de imperfecciones físicas 011911 Expresa interés sexual 011910 Expresa comodidad con su cuerpo

**Cuadro 2**  
**Juicio clínico**

JUICIO DIAGNÓSTICO	JUICIO	
	NOC	JUICIO TERAPÉUTICO
DISFUNCIÓN SEXUAL r/c: alteración de la función corporal (pérdidas de orina, humedad, olor)  m/p: percepción de alteración en la excitación sexual, el deseo y percepción de limitaciones impuestas por la enfermedad	0119 Funcionamiento sexual	NIC 5248 Asesoramiento sexual 5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo 0590 Manejo de la eliminación urinaria 0582 Sondaje vesical: intermitente 8100 Derivación

## RESULTADOS

El juicio terapéutico llevado a cabo ha permitido a Ana resolver el problema relacionado con el funcionamiento sexual y

**UNA VEZ MÁS, COMO TANTAS OTRAS, EL PLANTEAMIENTO DE UN CASO CLÍNICO PARECE ENTRAR EN DISCORDANCIA CON LA PRÁCTICA. A MENUDO NOS EMPEÑAMOS EN RELATOS PROLIJOS EN DATOS, QUE POCO O NADA APORTAN AL CONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN QUE PREOCUPA O COMPROMETE AL INDIVIDUO Y DESDE LUEGO AL TRATAMIENTO Y RESOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD**

volver a la situación previa e incluso mejorarla. La paciente ha conseguido nuevamente un funcionamiento sexual aceptable, con todas sus limitaciones, manifestando nuevamente deseo, capacidad para excitarse y la comodidad de la que podía disfrutar.

Se han disminuido el número de infecciones del tracto urinario en más de un 40% frente al periodo en que se mantuvo como única medida de control los absorbentes. En la última revisión, el urólogo recomendó seguir con el autosondaje programado. La paciente ha mejorado el control de su incontinencia, han disminuido los escapes de orina, se mantiene más tiempo seca con el consiguiente aumento de confort. Según la clasificación de Mouristein, la paciente ha pasado de una incontinencia severa a moderada. Adicionalmente se ha conseguido un ahorro en el uso de absorbentes, uso inadecuado de antibióticos y disminución de la demanda de atención.

La autoestima que Ana, pese a su serio problema de salud, había mantenido hasta entonces, y que se estaba viendo amenazada por la dificultad para satisfacer una necesidad básica, ha dejado de preocupar, incluso ha mejorado. El planteamiento terapéutico ha sido, tal vez, más complejo y completo que el diagnóstico, y no ha sido algo casual, hemos preferido que el juicio diagnóstico fuera lo más simple y centrado en las preocupaciones de la paciente, mientras que el abordaje terapéutico ha sido todo lo amplio necesario para dar satisfacción a las necesidades en el campo fisiológico, conductual y control de la información y uso de recursos sanitarios.

## DISCUSIÓN

Una vez más, como tantas otras, el planteamiento de un caso clínico parece entrar en discordancia con la práctica. A menudo nos empeñamos en relatos prolijos en datos, que poco o nada aportan al conocimiento de la situación que preocupa o compromete al individuo y desde luego al tratamiento y resolución de la situación de salud.

El juicio clínico debe estar centrado en las necesidades y preocupaciones del paciente, y debe ser, por coherencia y funcionalidad (y hasta por economía, si me lo permiten),

todo lo sucinto (sin obviar los datos trascendentes) en sus registros que permita la comprensión del caso y la información necesaria para la revisión e investigación posterior.

No es el primer caso, a todos nos ha pasado, en el que nos empeñamos en buscar etiquetas diagnósticas para explicar todo lo que hacemos. Las respuestas humanas que tratamos son tan complejas y completas que precisan en muchos casos, un abordaje multifocal y, en muchos otros, también multidisciplinar.

**CONCLUSIÓN**

Una comunicación efectiva entre paciente y enfermera permite el abordaje de los problemas de salud que preocupan al individuo.

La capacidad para implicar a todos los profesionales necesarios en la misma dirección y la terapia simultánea desde distintos focos de actuación se acercan a la realidad de cada caso y aumentan las posibilidades de éxito.

El papel de coordinación y guía de la atención por parte de la enfermera es trascendente en Atención Primaria.

**BIBLIOGRAFÍA**

NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Elsevier España 2008.

Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición Elsevier España 2005.

McCloskei J, Bulechek GM, Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª Edición. Elsevier España 2005.

Campos Rico, A; Cuevas Fernández-Gallego, M; Pérez López, M.C; Bonill de las Nieves, C; Clu Fernández, C. Imágenes para el juicio clínico enfermero. Cultiva libros, España 2010.

R. Alarcia-Alejos, et al. Abordaje de la disfunción sexual en la esclerosis múltiple. Revista de Neurología 2007; 44: 524-6.

Milla España, Francisco; Romero Ruiz, Adolfo. Reeduación vesical. Respuesta de un paciente. Evidentia. 2008 sep-oct; 5(23). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n23/ev6806.php>. Consultado el 20 de agosto de 2010

Soriano Guzman, B «Protocolo del sondaje vesical intermitente». Manual de Protocolos y Procedimientos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Ed 2004.

**www.enfuro.es**  
*visita nuestra página web*



Cada vez es más utilizada como herramienta de consulta así como agilización de gestiones en todo lo referente a Congresos: acceso a programas, envío de resúmenes, inscripciones, no en vano nos acercamos a las 40.000 visitas, por lo que ya es un hecho la relevancia de nuestra web dentro de las dedicadas a la profesión. Gracias a todos los que la hacen posible.