

Guía para médicos de atención primaria sobre salud sexual en personas con lesión medular espinal

Sigmund Hough, PhD, ABPP/rp, AASECT-CST,^{1,2,3} Colleen Clemency Cordes, PhD,⁴ Lance L. Goetz, MD,^{5,6} Angela Kuemmel, PhD, ABPP/rp,⁷ Jesse A. Lieberman, MD, MSPH, FAHA,⁸ Linda R. Mona, PhD,⁹ Mitchell S. Tepper, PhD, MPH, AASECT-CSE, CSC, CSES,¹⁰ and Jithin G. Varghese, MD¹¹

¹Spinal Cord Injury Service, VA Boston Healthcare System, Boston, Massachusetts; ²Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts; ³Department of Psychiatry, Boston University School of Medicine, Boston, Massachusetts; ⁴College of Health Solutions, Arizona State University, Phoenix, Arizona; ⁵Spinal Cord Injury and Disorders Service, Hunter Holmes McGuire VA Medical Center, Richmond, Virginia; ⁶Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia; ⁷Psychology Service, Louis Stokes VA Medical Center, Cleveland, Ohio; ⁸Physical Medicine and Rehabilitation/Spinal Cord Medicine, Carolinas Rehabilitation, and Carolinas Medical Center, Charlotte, North Carolina; ⁹VA Long Beach Healthcare System, Long Beach, California; ¹⁰The Sexual Network, Inc.; ¹¹Centre for Family Medicine-Family Health Team, Kitchener, Ontario, Canada

Este artículo ha sido traducido al español por:

Melina Longoni, MD¹ Camilo Castillo, MD² e Isaac Hernández Jiménez, MD^{3,4}

En colaboración con el Comité de las Américas de la Asociación Americana de Lesión Medular.

¹Dirección de Discapacidad de Ituzaingó, Buenos Aires ²Rehabilitation Center, Department of Neurosurgery, Division of Physical Medicine and Rehabilitation, University of Louisville School of Medicine, Louisville, Kentucky ³University of Texas Health Science Center Houston, Houston, Texas, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, McGovern Medical School, Houston, Texas ⁴The Institute of Rehabilitation & Research (TIRR) Memorial Hermann, Houston, Texas

Resumen: La colaboración con las personas con respecto a su salud sexual es un componente importante de la atención médica centrada en el paciente. Sin embargo, hablar de salud sexual en los entornos de atención primaria es un área que no se aborda completamente debido a las limitaciones de tiempo, la priorización de las tareas médicas, el déficit de conciencia o conocimiento y la incomodidad con el tema de la sexualidad. Un cambio crítico en el enfoque profesional de la enfermedad a la promoción de la salud y el bienestar es un requisito previo para abordar la salud sexual en el entorno de atención primaria. Este artículo proporciona orientación para los médicos en entornos de atención primaria que atienden a personas con lesión de la médula espinal. Los médicos deben aprovechar la oportunidad durante el encuentro para replantear la experiencia de la discapacidad como un estado de construcción social, alejarse de la visión estrecha de la condición médica con mentalidad de “encontrar, arreglar” e ir hacia una comprensión más amplia que proporcione un mayor acceso a la atención de la salud y el placer sexual. **Palabras clave:** atención primaria, salud sexual, sexualidad, lesión medular.

Lista de verificación de mantenimiento de la salud

Abra la puerta a la comunicación:

- Inicie una conversación diciendo: “Muchas personas con lesiones medulares tienen preocupaciones relacionadas con la sexualidad y puede ser una parte importante de su calidad de vida. ¿Qué preguntas o inquietudes tiene relacionadas con la sexualidad, la intimidad, las relaciones o el funcionamiento sexual? Con gusto podríamos hablar al respecto”.

Pregunte, escuche y dé seguimiento:

- ¿Cómo está su salud sexual?
- ¿Ha experimentado alguna dificultad en las áreas de [p. ej. deseo sexual, erección, orgasmo, lubricación, dolor durante la actividad sexual]?
- ¿Tiene usted o su pareja alguna inquietud o pregunta que no se haya abordado?

Puntos clave de atención episódica

Escuche inquietudes, valide y brinde información:

1. PleasureABLE: manual de dispositivos sexuales para personas con discapacidades, <https://sci-bc-database.ca/wp-content/uploads/PleasureABLE-Sexual-Device-Manual-for-PWD.pdf>, es un recurso de auto-empoderamiento que puede aumentar las oportunidades y la perspectiva sobre las opciones potenciales que pueden ser parte de las prácticas sexuales.

Explore múltiples etiologías y factores relacionados con el problema identificado:

1. Considere los factores farmacológicos y psicosociales como causas potenciales, así como soluciones. Haga las derivaciones según lo indicado clínicamente.

Reporte de caso

Caso 1

Christine, una mujer activa de 42 años, sufrió una lesión medular espinal (LME), C6-7, escala de discapacidad de la Asociación Estadounidense de Lesiones Espinales (AIS, por sus siglas en inglés) B en un accidente automovilístico hace 6 meses. Completó la rehabilitación en un centro de LME a 4 horas de su casa. Ella informa que la clase de sexualidad a la que asistió estaba dirigida a hombres. Tiene una pareja comprometida y solidaria y se siente lista para explorar la sexualidad. Le gustaría tener ayuda con los siguientes problemas: sentirse poco atractiva debido a los cambios corporales y al aumento de peso desde su LME, sentimientos de insuficiencia relacionados con el funcionamiento físico y experiencias de presión arterial alta de 210/165 mm Hg con estimulación intensa del clítoris, pero sin otros síntomas de disreflexia autonómica (DA). Ella se pregunta si la presión arterial alta todavía se considera DA, a pesar de que no tiene el fuerte dolor de cabeza, la sudoración y el rubor en la cara y el cuello que normalmente experimenta con la DA.

Su médico de atención primaria (MAP) brinda educación sobre la DA silenciosa, le receta un ungüento de nitroglicerina tópica al 2% (Nitro-BID) y le dice que se aplique una pulgada. La MAP deriva a Christine a un nutricionista para ayudarla a reducir la ingesta de calorías y a un médico especialista del comportamiento para ayudarla a desarrollar estrategias de afrontamiento para sentirse más sexy y mejorar su estima sexual, incluyendo la reformulación cognitiva de pensamientos como “No puedo hacer lo que solía hacer o lucir como solía hacerlo, por lo que no es satisfactorio.” Christine regresa para seguimiento en 4 semanas y se siente mejor consigo misma. Sin embargo, incluso con una pulgada de Nitro-BID, su presión arterial sigue siendo de 190/150 mm Hg, aunque vuelve a su nivel inicial de 90/60 mm Hg cuando se detiene la actividad sexual. Su MAP investiga el problema y se da cuenta de que el 34% de los pacientes con LME necesitan 2 pulgadas de nitropasta para resolver la DA.¹ Ella le aconseja a Christine que pruebe 2 pulgadas de nitropasta. En su siguiente visita, Christine informa que usar 2 pulgadas de nitropasta solo reduce su presión arterial a 172/140 mm Hg. El MAP prescribe 10 mg de nifedipina. Christine necesita planificar con

anticipación la dosificación de este medicamento, pero reduce su presión arterial a niveles seguros durante la estimulación del clítoris.

Caso 2

Hace cuatro meses, William, un hombre sano de 25 años, se cayó aproximadamente tres pisos y sufrió una LME C5 AIS A. El estaba recientemente comprometido y es un paciente conocido en la práctica médica antes de su lesión. A William le está yendo bien en general, pero está lidiando con la realidad de que su LME no va a mejorar. Está muy frustrado con su disfunción eréctil (DE) y su incapacidad para llegar al orgasmo. El MAP le inicia sildenafil. Realiza una cita de seguimiento 8 semanas después. No tuvo respuesta a la dosis de 50 mg. Tuvo alguna respuesta a la dosis de 100 mg, pero no pudo mantener la erección. La espasticidad significativa ahora requiere altas dosis de baclofeno. Sigue muy frustrado con su disfunción eréctil y su incapacidad para llegar al orgasmo. Luego se le prescribe Caverject (Alprostadil). El MAP también recomienda que William no tome baclofeno cuando intente tener una erección. William llama 4 semanas después para informar que está obteniendo una buena respuesta, pero que tiene dificultades para mantener la erección. Leyó sobre otras inyecciones en un tablero de mensajes de LME en línea y solicita una receta para Tri-mix (alprostadil, papaverina, y fentolamina). Esto es inicialmente efectivo, pero su espasticidad continúa aumentando. Ahora tiene una bomba de baclofeno intratecal. Ha ido aumentando gradualmente el Tri-mix con una buena respuesta, pero todavía no puede mantener una erección durante el coito. Ahora pregunta acerca de un dispositivo de “bomba” de erección por vacío (BEV). Prueba el Tri-mix con el BEV. Informa una buena erección, pero está sangrando mucho en los lugares de la inyección. Está realmente molesto y se siente extraño. Después de un par de años, ve a un urólogo diferente y continúa con su mismo MAP. El urólogo recomienda sildenafil con BEV, que funciona muy bien. William puede mantener una erección sólida durante el tiempo que sea necesario. Ocasionalmente, la fuerza de la erección disminuirá durante el uso del equipo de adaptación² para la intimidad sexual y el disfrute mutuo. William todavía está frustrado, pero le complace poder satisfacer las necesidades de su esposa.

Salud sexual en el ámbito de la atención primaria

La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como un “estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad ... así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras.”³ La sexualidad es un componente central de la personalidad y un aspecto fundamental de la vida de los pacientes y sus familias.

Para las personas con lesiones medulares, la sexualidad y la salud sexual son a menudo un aspecto central, pero pasado por alto, de sus identidades. Para los médicos, un cambio de enfoque, yendo de la enfermedad a la promoción de la salud y el bienestar a través de la identificación de factores biopsicosociales que contribuyen al bienestar sexual es un prerrequisito para abordar la salud sexual en los entornos de atención primaria.⁴ La Ley de Cuidado de Salud Asequible (CSA) busca reducir los crecientes costos de atención médica en los Estados Unidos a través de un sistema de pago por desempeño que incentiva a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) y a los hospitales a ahorrar dinero al mejorar la calidad de la atención médica. Según la CSA, la calidad de la atención médica no se trata solo de atención médica en el sentido más estricto de la palabra. También abarca la atención centrada en el paciente.⁵ Cada vez más, la atención primaria integrada, en la que los médicos y profesionales de salud conductual (PSC) se asocian para brindar una atención integral centrada en el paciente, se ha identificado como un medio para promover la salud y el bienestar sexuales.

Se han documentado las preferencias de los pacientes para el inicio de las conversaciones de salud sexual por parte del profesional de la salud.^{6,7} Sin embargo, muchos médicos continúan manifestando incomodidad relacionada a tener este tipo de conversaciones, citando vergüenza, falta de preparación, limitaciones de tiempo y la creencia de que la historia sexual no es relevante para el problema actual, siendo una barrera para la comprensión y la evaluación proactiva.^{8,9} La salud sexual de las personas con discapacidades a menudo se considera un doble tabú, y los profesionales de la salud pueden asumir de manera inapropiada la asexualidad de un paciente al no iniciar conversaciones sobre comportamientos sexuales incluso cuando, de otra manera, evalúan regularmente tales preocupaciones. El diálogo abierto sobre la salud sexual con los pacientes

revelará sus preocupaciones sexuales, brindará una oportunidad para abordar los problemas que se presentan y puede descubrir otras afecciones médicas o psicológicas primarias que se beneficiarán de la detección y el tratamiento tempranos y ahorrarán dinero. Ninguna conversación general entre un médico y un paciente está completa si no brinda al menos la oportunidad para que las personas expresen inquietudes o planteen preguntas sobre cuestiones sexuales. Para los profesionales que trabajan en la atención integrada, la colaboración con otras especialidades y disciplinas (p. ej., salud mental, especialidades de rehabilitación médica) puede promover una evaluación sexual integral de los factores biopsicosociales que contribuyen a la salud sexual.

Conocimientos básicos sobre salud sexual y más allá

Los profesionales deben atender la prevención y el manejo de las condiciones primarias y secundarias posteriores a la LME, así como los factores biopsicosociales que influyen en la salud, el bienestar y el disfrute sexual.^{10,11} La disfunción sexual (deseo sexual, excitación genital, orgasmo y dolor durante el sexo), cambios en la sensación y DA pueden estar presentes en ambos sexos después de una LME. La DA suele ocurrir en personas con una lesión en T6 o superior. Los síntomas de la DA incluyen elevación de la presión arterial (> 20-40 mm Hg desde el valor inicial), dolor de cabeza punzante, enrojecimiento facial, visión borrosa, sudoración profusa por encima de la lesión y piloerección debajo de la lesión, sensación de aprensión o ansiedad por un problema físico inminente, y bradicardia (o algunas veces taquicardia). Cualquier estímulo nocivo para la piel, la vejiga, las articulaciones y los huesos, así como la estimulación sexual (particularmente el orgasmo y la eyaculación) pueden precipitarlo.

Salud sexual masculina

Acceso

El acceso a la socialización puede ser un desafío para muchos hombres y mujeres en términos de factores internos (p. ej., autoestima, confianza en sí mismos, nivel de comodidad en relación con los demás) y externos (p. ej., barreras actitudinales del entorno, acceso limitado a los viajes comunitarios). La experiencia de microagresiones, limitaciones de movilidad y el miedo a las complicaciones de la vejiga y del intestino pueden afectar negativamente la experiencia de la sexualidad.

Las personas con discapacidades también corren un mayor riesgo de abuso sexual por parte de hombres y mujeres en comparación con las personas que no tienen discapacidades, por lo que la denuncia de abuso y la intervención efectiva son importantes para las personas con discapacidades.³

Disfunción eréctil

Los médicos deben conocer los medicamentos que pueden contribuir a la disfunción sexual, como los antiespasmódicos (es decir, el baclofeno), los antidepresivos y los antihipertensivos. El tratamiento de primera línea incluye inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5i) como el sildenafil, vardenafil, tadalafil (de mayor duración) y avanafil. Todos tienen una eficacia similar. Las lesiones de nivel más bajo, la flacidez y el síndrome de la cola de caballo tienen peores respuestas al PDE5i que las LME más altas y completas. El PDE5i debe evitarse en pacientes con retinitis pigmentaria y el uso concomitante de nitratos y alfabloqueadores. Cualquier disminución de la libido o disfunción sexual debe investigarse más a fondo para detectar una deficiencia de testosterona.

Las terapias de segunda línea pueden incluir:

1. Inyecciones intracavernosas (IIC)^{12,13}: Se utilizan papaverina, fentolamina, prostaglandina E1 o una combinación de estos agentes (a menudo denominados bi-, tri- o quatri-mix). Se debe asesorar a los pacientes sobre un posible hematoma y priapismo. Si una erección dura más de 4 horas, se debe buscar atención médica. La autoadministración será difícil si la función motora de la mano está alterada.
2. Dispositivos de erección por vacío (DEV)^{12,13}: Pueden producir erecciones sostenidas y pueden usarse por separado o junto con anillos tensores. Estos anillos tensores no deben dejarse puestos por más de 30 minutos para reducir el riesgo de isquemia tisular o gangrena. También se han notificado petequias y pérdida prematura de la erección (fuga venosa).
3. Supositorio uretral^{12,13}: SUME (sistema uretral medicado para la erección) utiliza la absorción de prostaglandina E1 (alprostadil) a través del lumen uretral. La eficacia es variable, especialmente en los pacientes que utilizan cateterismo intermitente. Esta intervención puede considerarse en pacientes con sensación intacta y lesiones incompletas, pero a menudo es menos eficaz en pacientes con LME completa.

4. Terapias quirúrgicas^{12,13}: Infección, varillas extruidas, erosión y dolor son posibles efectos secundarios de la prótesis de pene (PP). El remover la PP daña los cuerpos cavernosos, por lo que IIC o PDE5i generalmente no son efectivos. Las complicaciones son menos comunes con las PP inflables más nuevas.¹⁴ Los dispositivos adicionales como los estimuladores de la raíz anterior sacra, la rizotomía dorsal y la neuromodulación tienen resultados mixtos.

Disfunción eyaculatoria

Los pacientes con disfunción eyaculatoria^{13,15} se tratan mejor en clínicas especializadas. Aproximadamente el 16% de los hombres con LME pueden eyacular mediante estimulación sexual.¹⁶ Sin embargo, muchos requieren algún tipo de dispositivo de asistencia. También es importante que los médicos de atención primaria realicen una buena historia clínica y se aseguren de que el alcohol y los agentes antiespásticos (como el baclofeno y el diazepam) no interfieran con la erección refleja alterada, la eyaculación y los orgasmos.¹⁷ El tratamiento de primera línea para la aneyaculación de origen neurogénico en aquellos con LME completa por encima de T10 es la estimulación vibratoria del pene (EVP). FertiCare (Multicept, Dinamarca) y Vibrect (Reflexonic, EE. UU.) han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) debido a su mayor amplitud y frecuencia vibratorias. Los MAP deben considerar las precauciones previas al procedimiento con nifedipina sublingual o pasta de nitroglicerina tópica para pacientes con riesgo de DA. Un ensayo con midodrina, pseudoefedrina y efedrina también puede facilitar la eyaculación en personas que no responden a la EVP y con bajo riesgo de DA.^{18,19} La electroeyaculación (EEJ) es otra técnica, y a menudo se intenta en pacientes con mala respuesta a la EVP, con lesiones por debajo de T10 y con reflejos predictivos deficientes.²⁰ Si bien tanto la EVP como la EEJ se utilizan a menudo para la recuperación de espermatozoides, pueden utilizarse para estimular la eyaculación misma. Deben seguirse las precauciones para reducir el riesgo de DA.

Anomalías del semen y fertilidad

Se ha demostrado que los hombres con una LME tienen un número adecuado de espermatozoides, pero una movilidad y viabilidad de los espermatozoides anormalmente bajos.^{12,15} Debido a los riesgos de la DA, cualquier técnica de asistencia requiere la derivación a

clínicas especializadas. En la literatura se han mencionado varias técnicas de fertilidad. Para los hombres que responden a la EVP, la inseminación intravaginal no es costosa y las parejas pueden intentarla en un entorno privado, utilizando solo un recipiente para muestras y una jeringa pequeña. Se pueden comprar monitores de fertilidad para determinar el momento de la ovulación. La inseminación intrauterina (IIU) también requiere la preparación de los espermatozoides. Ha habido buenas tasas de éxito en LME. La fertilización in vitro (FIV) o la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (IIE) son procedimientos adicionales a considerar, con costos que exceden los U\$S 13,000 por ciclo.

Salud sexual femenina

Acceso

Las mujeres con discapacidades a menudo reportan tener acceso limitado a parejas sexuales, 21 y 39% de las mujeres con discapacidades experimentarán violencia de pareja íntima, definida como abuso físico o sexual o negativa a proporcionar recursos esenciales de asistencia personal durante su vida²². Los servicios de obstetricia y ginecología son difíciles de obtener, especialmente para las mujeres que viven en áreas rurales y no tienen acceso a transporte. Las preocupaciones sexuales entre mujeres y hombres con LME pueden variar desde preocupaciones psicosociales como la satisfacción con la pareja y sentimientos de insatisfacción corporal hasta preocupaciones físicas como accidentes intestinales y de vejiga y la experiencia físico-emocional del orgasmo o bajo impulso sexual. La edad al inicio de la discapacidad o lesión está relacionada con el funcionamiento sexual, particularmente en lo que respecta a la función reproductiva, que permanece intacta después de que se reanuda la menstruación²³.

Muchas mujeres con lesión de la médula espinal tienen éxito con el embarazo a pesar de que a menudo experimentan barreras para recibir atención de salud reproductiva debido a preocupaciones del profesional sobre las complicaciones durante el embarazo y el parto, como un mayor riesgo de infecciones del tracto urinario (ITU), DA, problemas biomecánicos y dificultades respiratorias, así como conceptos erróneos sobre la capacidad de una mujer para ser madre con una discapacidad.²⁴ Los MAP deben defender y combatir de manera adecuada las microagresiones y barreras que enfrentan las mujeres con LME en lo que respecta al acceso a la atención de salud reproductiva adecuada,

proporcionar recursos adecuados y ofrecer consultas con especialistas cuando sea apropiado. Los médicos de atención primaria deben atender detalles médicos tales como amenorrea inicial, lubricación reducida, cuidados perineales y requisitos de higiene perineal junto con la capacidad funcional de la mano, y deben derivar al paciente a especialistas en reproducción cuando sea necesario.

Amenorrea inicial / ciclo menstrual

Se ha reportado amenorrea que dura entre 3 y 24 meses en mujeres que sufren una LME.²⁵ Un estudio transversal de 128 mujeres con LME encontró que el 41% experimentó amenorrea después de la lesión, pero no hubo diferencia en la duración de la amenorrea entre las que quedaron embarazadas y aquellas que no lo hicieron.²⁶ También se han reportado síntomas premenstruales y menstruales exacerbados como dismenorrea, calambres, espasmos y cambios autonómicos como aumento de la sudoración, dolores de cabeza y enrojecimiento. El naproxeno, el ibuprofeno y otros agentes antiinflamatorios pueden reducir estos síntomas.²⁷ Después de la amenorrea inicial, los MAP deben investigar más a fondo cualquier cambio en la duración de la menstruación o alteraciones en el ciclo. Los MAP a menudo pasan por alto los recursos sobre productos de higiene femenina, asesoramiento e instrucciones para los cuidadores.

Falta de lubricación

Se ha informado una disminución de la lubricación vaginal en hasta una de cada cuatro mujeres con LME.²⁵ Los geles lubricantes hidrófilos sin perfume y sin petróleo, junto con revisiones frecuentes de la piel, son importantes, ya que es posible que las pacientes no sientan las molestias. También se alienta a las mujeres a explorar de manera conductual las posiciones sexuales y la estimulación que pueden promover el placer sexual en presencia de una lubricación reducida.

Anticoncepción

La recomendación del MAP para la anticoncepción considerará el estado de la circulación en las piernas, antecedentes de coágulos, sensación genital, destreza manual e higiene menstrual. Antes de decidirse por el agente anticonceptivo, el MAP debe brindar educación sobre la efectividad de cada método anticonceptivo. Las píldoras anticonceptivas orales y las preparaciones hormonales deben evitarse en las mujeres dentro

del primer año de la lesión, las que fuman y las que tienen antecedentes de problemas cardiovasculares. Fuera de estas limitaciones, los riesgos generales del uso de anticonceptivos orales entre las personas con LME no son mayores que en la población general.^{25,27} Las preparaciones de progesterona generalmente tienen un riesgo menor de trombosis. Por lo general, no se recomiendan opciones como el acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA por sus siglas en inglés) y los dispositivos intrauterinos (mayor riesgo de enfermedades pélvicas inflamatorias, ITU). El DMPA puede provocar efectos secundarios como aumento de peso, depresión, caída del cabello e hipoestrogenismo. El hipoestrogenismo, a su vez, puede provocar osteopenia. Por tanto, en pacientes con LME que están crónicamente inmobilizadas, tales agentes de progestina sola pueden agravar la fragilidad ósea existente. Los diafragmas, los capuchones cervicales y las esponjas vaginales pueden no ser ideales en pacientes con poca destreza manual y pueden aumentar la posibilidad de que se rompa la pared vaginal.

Barreras clínicas para abordar las preocupaciones en la salud sexual

Las barreras clínicas a la salud sexual en los entornos de atención primaria están bien documentadas, incluyendo la creencia de que los antecedentes sexuales no son relevantes para el problema que se presenta.^{28,29} Muchos pacientes no se sienten cómodos al iniciar conversaciones sobre sexualidad y no están seguros de si ellos deben plantear el tema; sin embargo, tienen el deseo de discutir preocupaciones relacionadas con la salud sexual.²⁸ Además, los MAP no son inmunes al desarrollo de sesgos alimentados por estereotipos sociales de que las personas con discapacidades son asexuales e indeseables.³⁰ Una manera fácil y eficiente para remediar esto, es que los profesionales inicien la conversación con el paciente diciendo: “Muchas personas con lesiones medulares tienen inquietudes relacionadas con la sexualidad, y esto puede ser una parte importante de su calidad de vida. ¿Qué preguntas o inquietudes tienes con respecto a la sexualidad en este momento?”

Tres estrategias de enfoque profesional para profesionales de atención primaria

El modelo PLISSIT (acrónimo en inglés) destaca el enfoque, la recopilación de información, la construcción de alianzas terapéuticas y la intervención³¹.

- Permiso (P)
 - Quién: Todas las personas que trabajan con personas con discapacidades, incluyendo el personal de apoyo y clínico.
 - Enfoque: Reconocer que hablar sobre sexualidad está bien. Comunicar aceptación y comprensión de que los cambios en la vida sexual de una persona pueden ser un tema importante y que las preocupaciones son válidas.
- Información limitada (LI)
 - Quién: Proveedores de servicios.
 - Enfoque: Brindar información general relacionada con preocupaciones sexuales, disipar los mitos sexuales y derivar a la persona, cuando esté indicado, a alguien con más conocimiento sobre el área particular de interés.
- Sugerencias específicas (SS)
 - Quién: Profesionales con conocimientos específicos / habilidades de gestión.
 - Enfoque: Usar conocimientos y habilidades profesionales para brindar sugerencias para manejar una preocupación específica, incluyendo la obtención de un historial de problemas sexuales; definir el problema, el curso del problema y el tratamiento del problema; y proporcionar ideas sobre las causas del problema y los objetivos del tratamiento.
- Terapia Intensiva (IT)
 - Quién: Especialista.
 - Enfoque: Historia sexual completa y examen para evaluación. Las intervenciones pueden incluir medicamentos, cirugía, asesoramiento, terapia sexual o una variedad de procedimientos especializados o técnicas de manejo.

El modelo Ex-PLISSIT incluye el otorgamiento de permisos explícitos como una característica central de cada una de las otras etapas, el requisito de revisar todas las interacciones con los pacientes y la incorporación de la reflexión como un medio para aumentar la autoconciencia desafiando las suposiciones³².

El Marco de Rehabilitación Sexual (<https://scisexualhealth.ca>) es una guía útil para realizar una evaluación de salud sexual enfocada que incluye los aspectos biopsicosociales de la sexualidad.²⁹

Los componentes del marco incluyen:

- Impulso o interés sexual
- Habilidades de funcionamiento sexual
- Problemas de fertilidad y anticoncepción
- Factores asociados con la condición
- Influencias motoras y sensoriales
- Problemas intestinales y de vejiga
- Autoestima y autoestima sexual
- Problemas de pareja

Futuro

Este artículo inicia la exploración de información y recursos en torno a los cambios en la sexualidad después de una LME y fomenta una discusión significativa sobre la salud sexual de las personas con LME en entornos de atención primaria. Esperamos que continúe aumentando sus conocimientos y habilidades en la prestación de servicios para abordar este importante problema de atención médica.

Recomendaciones para profesionales de atención primaria

- No espere a que el paciente mencione problemas de sexualidad. ¡La investigación muestra que le están esperando!
- La especialización en atención primaria debe incluir una base de conocimientos sobre la función sexual, así como una comprensión psicosocial de la sexualidad a través de la discapacidad, la capacidad, la diversidad, la preferencia, la edad, la cultura, la etnia, el rol sexual, la anatomía, el género y la orientación sexual^{33,34}.
- La importancia de comprender la interseccionalidad de estos elementos para las personas cisgénero y LGBTQ+ proporciona un camino para una atención médica integral óptima.

- La educación del profesional debe incluir técnicas para aumentar el nivel de comodidad al abordar las preocupaciones sexuales y comprender cómo las condiciones médicas pueden afectar el funcionamiento biopsicosocial de la sexualidad. La educación debería disipar mitos, como la creencia de que el deterioro de la función sexual es solo una consecuencia del envejecimiento y la discapacidad³⁵.
- El trabajo en colaboración entre especialidades y disciplinas para abordar de manera integral los factores biopsicosociales que influyen en la salud y el bienestar sexual.³⁶

Puntos clave para llevar a casa

Los factores de la relación, como la satisfacción de la pareja y la calidad de la relación, así como el estado de ánimo y la independencia, parecen ser predictores más importantes de la satisfacción sexual que el funcionamiento genital tanto en hombres como en mujeres con lesión medular.

1. Sensibilizar al personal y las organizaciones, la consulta ética y el desarrollo del aprecio por la diversidad dentro del entorno pueden ampliar el enfoque de las necesidades clínicas, utilizar los recursos disponibles y aumentar el nivel de comodidad del personal y los aprendices en la provisión de información y orientación.
2. Puede que usted no sepa todas las respuestas. Sin embargo, puede escuchar, validar la inquietud, investigar y brindar información.

Reconocimientos

Los autores reportan no tener conflictos de interés. Agradecimientos por la ayuda en las traducciones: Josefina Martínez Paz, PT; Beatriz Pérez Hernández, MD; María Fernanda Calderón Solís, MD.

Bibliografía

- Solinsky, R, Bunnell, AE, Linsenmeyer, TA, Svircev, JN, Engle, A, Burnes, SP. Pharmacodynamics and effectiveness of topical nitroglycerin at lowering blood pressure during autonomic dysreflexia. *Spinal Cord*. 2017;55:911-914.
- Krassioukov, A, MacHattie, E, Naphtali, K, Miller, WC, Elliott, S. *PleasureABLE: Sexual device manual for persons with disabilities*. Funded Project: Disabilities Health Research Network; 2009. <https://sci-bc-database.ca/wp-content/uploads/PleasureABLE-Sexual-Device-Manual-for-PWD.pdf>. Accessed September 5, 2019.
- World Health Organization. *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 2006*. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/. Accessed May 1, 2019.
- Satcher D, Hook EW, Coleman E. Sexual health in America: Improving patient and public health. *JAMA*. 2015;314(8):765-766.
- Carcieri EM, Mona LR. Assessment and treatment of sexual health issues in rehabilitation: A patientcentered approach. In: Budd M, Hough S, Wegener S, Stiers W, eds. *Practical Psychology in Medical Rehabilitation*. Switzerland: Springer Nature; 2017:287-294.
- Ryan KL, Arbuckle-Bernstein V, Smith G, Phillips J. Let's talk about sex: A survey of patients' preferences when addressing sexual health concerns in a family medicine residency program office. *Primer*. 2018;2:23.
- New PW, Seddon M, Redpath C, Currie KE, Warren N. Recommendations for spinal rehabilitation professionals regarding sexual education needs and preferences of people with spinal cord dysfunction: A mixed-methods study. *Spinal Cord*. 2016;54:1203-1209.
- Merrill, JM, Laux, LF, Thornby, JI. Why doctors have difficulty with sex histories. *South Med J*. 1990;83(6):613-617.
- Nusbaum, MR, Hamilton, CD. The proactive sexual health history. *Am Fam Physician*. 2002;66(9):1705-1712.
- Alexander, M, Courtois, F, Elliott, S, Tepper, M. Improving sexual satisfaction in persons with spinal cord injuries: Collective wisdom. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2017;23(1):57-70.
- New, PW. Secondary conditions in a community sample of people with spinal cord damage. *J Spinal Cord Med*. 2016;39:665-670.
- Aikman, K, Oliffe, JL, Kelly, MT, McCuaig, F. Sexual health in men with traumatic spinal cord injuries: A review and recommendations for primary healthcare providers. *Am J Men Health*. 2018;12(6):2044-2054.
- Fenstermaker M, Dupree JM, Hadj-Moussa M, Ohl DA. Management of erectile dysfunction and infertility in the male spinal cord injury patient. *Curr Urol Rep*. 2018;19(7):47.
- Zermann DH, Kutzenberger J, Sauerwein D, Schubert J. Penile prosthetic surgery in neurologically impaired patients: long-term followup. *J Urol*. 2006;175(3Pt 1):1041-1044.
- Ibrahim E, Brackett NL, Lynne CM. Advances in the management of infertility in men with spinal cord injury. *Asian J Androl*. 2016;18:382-390.
- Soler J, Previnaire J, Mieusset R. Evidence of a new pattern of ejaculation in men with spinal cord injury: Ejaculation dyssynergia and implications for fertility. *Spinal Cord*. 2016;54:1210-1214.
- Meythaler JM, Steers WD, Tuel SM, et al. Continuous intrathecal baclofen in spinal cord spasticity. A prospective study. *Am J Phys Med Rehabil*. 1992;71:321-327.
- Courtois FJ, Charvier KF, Leriche A, et al. Blood pressure changes during sexual stimulation, ejaculation and midodrine treatment in spinal cord injured men. *BJU Int*. 2008;101(3):331-337.
- Soler JM, Prévinaire JG, Plante P, et al. Midodrine improves ejaculation in spinal cord injured men. *J Urol*. 2007;178(5):2082-2086.
- Brackett NL, Lynne CM, Sonksen J, Ohl D. *Penile vibratory stimulation*. In: Goldstein, M, Schlegel PN, eds. *Surgical and Medical Management of Male Infertility*. New York: Cambridge University Press; 2013:119-129.
- Rintala, DH, Howland, CA, Nosek, MA, et al. Dating issues for women with physical disabilities. *Sexual Disabil*. 1997;15:219-242.
- Milberger, S, Israel, N, LeRoy, B, et al. Violence against women with physical disabilities. *Violence Victims*. 2003;18:581-590.
- Nosek, MA, Rintala, DH, Young, ME, et al. Sexual functioning among women with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996;77:107-115.
- Clemency Cordes, C, Saxon, LC, Mona, LR. *Women veterans with disabilities: An integrated care perspective*. In: Miles-Cohen S, Signore C, eds. *Eliminating Inequities for Women With Disabilities: An Agenda for Health and Wellness*. Washington, DC: American Psychological Association; 2016:227-242.
- Jackson AB, Wadley V. A multicenter study of women's self-reported reproductive health after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 1999;80:1420-1428.
- Bughi S, Shaw SJ, Mahmood G, et al. Amenorrhea, pregnancy and pregnancy outcomes in women following spinal cord injury: A retrospective cross-sectional study. *Endocrin Ract*. 2008;14(40):437-441.
- Consortium for Spinal Cord Medicine. *Sexuality and reproductive health in with spinal cord injury: A clinical practice guideline for health-care professionals*. *J Spinal Cord Med*. 2010;33(3):281-336.
- Pieters, R, Kedde, H, Bender, J. Training rehabilitation team was in sexual healthcare: The description and evaluation of a multidisciplinary intervention. *Disabil Rehabil*. 2018;40(6):732-739.
- Elliott, S, Hocaloski, S, Carlson, M. A multidisciplinary approach to sexual infertility rehabilitation: The sexual rehabilitation framework. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2017;23(1):49-56.

30. Eisenberg, NW, Andreski, SR, Mona, LR. Sexuality and physical disability: The disability affirmative approach to assessment and intervention within healthcare. *Curr Sexual Health Rep.* 2015;7(1):19-29.
31. Annon, JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther.* 1976;2(1):1-15.
31. Taylor, B, Davis, S. The extended PLISSIT model for addressing the sexual well-being of individuals with an acquired disability or chronic illness. *Sexual Disabil.* 2007;25:135-139.
33. Mona, LR, Cameron, RP, Clemency Cordes, C. Disability culturally competent sexual healthcare. *Am Psychol.* 2017;72(9):1000-1010.
34. Fraley, SS, Mona, LR, Theodore, P. The sexual lives of lesbian, gay, and bisexual people with disabilities: Psychological perspectives. *Sexual Res Social Policy.* 2007;4:15-26.
35. Hess, MJ, Hicks, TA, Hough, S. Sex and chronic physical illness. In: Ishak WW, ed. *The Textbook of Clinical Sexual Medicine.* Springer; 2017:479-506.
36. Hess, MJ, Hough, S. Impact of spinal cord injury on sexuality: Broad-based clinical practice intervention and practical application. *J Spinal Cord Med.* 2012; 35(4):211-218.