

International Encyclopedia of Rehabilitation

Copyright © 2010 by the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in a database or retrieval system without the prior written permission of the publisher, except as permitted under the United States Copyright Act of 1976.

Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE)
515 Kimball Tower
University at Buffalo, The State University of New York
Buffalo, NY 14214
E-mail: ub-cirrie@buffalo.edu
Web: <http://cirrie.buffalo.edu>

This publication of the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange is supported by funds received from the National Institute on Disability and Rehabilitation Research of the U.S. Department of Education under grant number H133A050008. The opinions contained in this publication are those of the authors and do not necessarily reflect those of CIRRIE or the Department of Education.

Lesiones medulares y la sexualidad

Stanley Ducharme, Ph.D.
Profesor de medicina de la rehabilitación
Profesor asociado de urología
Boston University School of Medicine

Introducción

En el campo de la readaptación y con la esperanza de vida prolongada después de una lesión medular, en el curso de la última década se puso énfasis gradualmente al mejoramiento de la calidad de vida y de la integración comunitaria. Con este fin, es importante abordar los problemas relativos a la sexualidad y a la vez los estadios agudo y crónico de la lesión medular. Para hacerlo, el mejor procedimiento de educación sexual para los pacientes con lesiones medulares y sus asociados es mediante un equipo interdisciplinario que estará en capacidad de tratar las cuestiones de naturaleza médica y psicológica.

La actividad sexual masculina

La función eréctil y la función eyaculatoria son actividades psicológicas complejas que necesitan una interacción entre el sistema vascular, el sistema nervioso y el sistema endocrino. Las erecciones son controladas por el sistema nervioso parasimpático.

En este proceso, la erección es controlada por un arco reflejo que pasa por la médula espinal sacra. Este reflejo asocia la acción de una rama aferente y de una rama eferente. La rama aferente está constituida por fibras somáticas que salen de la región genital y recorren el nervio pudendo hasta la médula espinal sacra. Estas fibras recorren la cola de caballo y salen por las raíces nerviosas S2 a S4 de la médula espinal. Las fibras post-ganglionares parasimpáticas secretan óxido nítrico que permite la relajación de los músculos lisos de los cuerpos cavernosos y aumenta el flujo sanguíneo en las arterias penianas.

La eyaculación, es el punto culminante de la actividad sexual masculina, es controlada por el sistema nervioso parasimpático. Estas fibras, tienen una inervación simpática de la vejiga, tienen origen en la médula espinal al nivel del raquis torácico-lumbar y atraviesan la cadena ganglionar. Los impulsos producidos atraviesan luego los nervios esplénicos para propagarse en el plexo hipogástrico. Después de haber hecho sinapsis en el ganglio mesentérico inferior, el influjo nervioso de las fibras post-ganglionares atraviesan los nervios hipogástricos con el fin de alimentar el canal deferente, las vesículas seminales y los canales eyaculadores dentro de la próstata.

La actividad sexual femenina

La psicología de la actividad sexual femenina no ha sido objeto de un estudio tan profundo como la actividad sexual masculina. Se sabe, sin embargo, que la satisfacción sexual de la mujer depende de la interacción compleja entre los sistemas endocrino y nervioso. La excitación sexual es el resultado de una estimulación física y psicógena. Se manifiesta por la lubricación de la vagina y el estrechamiento del introito vaginal. La estimulación de la

zona genital, comprendiendo el clítoris, los labios mayores y menores, provoca la emisión de señales correspondientes que se propagan por el nervio pudendo hasta el segmento S2 a S4 de la médula espinal. Estas fibras interactúan con las fibras eferentes parasimpáticas que salen del nervio pelviano. De ello resulta una dilatación de las arterias que lleva a los músculos perineales y un estrechamiento del introito. Por otro lado, las fibras parasimpáticas conllevan la secreción de mucosidad por las glándulas de Bartholin que favorecen la lubricación vaginal.

El orgasmo femenino se caracteriza por contracciones rítmicas de las estructuras pélvicas. Igualmente, provoca la dilatación del cuello del útero que juega un rol en el transporte de la esperma y la fecundación.

Anamnesis sexual

Una descripción sexual simplificada debe formar parte de la evaluación clínica inicial. Los principales elementos iniciales que deben figurar allí son las capacidades físicas, las actividades sexuales anteriores, así como el estado de la función sexual en el momento de la consulta. Además, el clínico debe hacer una encuesta sobre la disponibilidad del compañero, su nivel de satisfacción sexual, su orientación, su repertorio de conductas y los malos tratos sexuales que sufrió en el pasado. Recurrir a preguntas y respuestas abiertas favorece una mejor comunicación y le permite a la persona plantearle preguntas al terapeuta. Los temas de una naturaleza más delicada deben ser abordados más tarde en el curso de la entrevista cuando la relación terapéutica esté bien establecida.

Consideraciones de orden psicológico

La adaptación seguida a una lesión medular es un proceso gradual que se escalona sobre un largo período. El logro de la adaptación sexual depende de numerosos factores, entre ellos la edad al momento de la lesión, la calidad del sostén social, la salud física, el sexo y la gravedad de la lesión. Es necesario hacerle duelo a las pérdidas ocasionadas por una lesión medular para favorecer la preservación y el desarrollo de las fuerzas residuales. Con el fin de realizar una adaptación sexual satisfactoria, una persona con lesión medular debe aprender a acostumbrarse a sus nuevas aptitudes sexuales, más bien que de tratar de recuperar aquellas que perdió.

Después de una lesión traumática, las personas pasan habitualmente por un período en el que se reducen las pulsiones sexuales. Aunque la libido no sea tocada por la lesión medular, es posible que disminuya por causa de la depresión, del traumatismo seguido a la lesión, de la toma de medicamentos o de la baja en las tasas de testosterona. Algunas personas tienen en principio la tendencia a negar la importancia de sus problemas de orden sexual, después de una lesión y permanecen concentradas en su movimiento y en recobrar sus funciones motrices. Otros son reticentes a la idea de poder discutir sus problemas ligados a la sexualidad por razones culturales o personales. Ciertos pacientes pueden igualmente vivir un período intenso de exacerbación sexual (es decir, la utilización inaceptable de un lenguaje sexual explícito, de contactos físicos inoportunos e inapropiados con los miembros del personal, etc.) durante su estancia en la unidad de rehabilitación. Tales comportamientos son más frecuentes, cuando el lesionado medular debe luchar con los cambios y las repercusiones asociadas a una lesión medular.

Durante la fase aguda del programa de rehabilitación, se hace necesario tener una discusión de naturaleza delicada con el cliente, con respecto a su sexualidad. La persona con lesión medular probablemente querrá informarse sobre cuestiones como los encuentros, la atracción, las relaciones, la paternidad o la maternidad y la apariencia física. Otros temas pueden ser abordados, como la erección, la lubricación, las posiciones sexuales, las sensaciones, el orgasmo, la eyaculación y la fecundidad. Muchas personas buscan informarse a propósito de la sexualidad, porque está vinculada a las funciones de la vejiga y de los intestinos. Aunque la persona no tome la iniciativa de discutir sobre estos temas en el curso de la rehabilitación, es importante que los miembros del equipo de rehabilitación suministren la información de base.

En los meses siguientes a la salida de la unidad de rehabilitación, un buen número de pacientes comienzan a experimentar cambios según el plan de su funcionamiento sexual. La inmensa mayoría de personas con lesiones medulares vuelven a ser sexualmente activos en el curso del primer año después de su salida del centro de rehabilitación. Por otro lado, el control de los cambios de orden sexual es un proceso gradual que puede durar un largo período. Es en el curso de los meses siguientes a su salida de la unidad de rehabilitación es cuando la inmensa mayoría de personas con lesiones medulares están más aptas para recibir la información y los consejos en materia de sexualidad. Durante este período, desgraciadamente, sucede que ellos no pueden tener contacto con el personal de rehabilitación que los asistieron y los recursos comunitarios para obtener la información precisa y útil son mínimas.

En cuanto a las mujeres, Margareta Kreuter y sus colegas de Dinamarca indicaron que el 80 % de las mujeres con lesión medular volvían a ser sexualmente activas después de un traumatismo. Sus trabajos demostraron que lo que motiva a la vez a las mujeres heridas medulares y a las mujeres sanas es la necesidad de intimidad más bien que el deseo físico exclusivamente. Para las mujeres con lesión medular que sexualmente no eran activas antes, las cuestiones relativas al sentimiento de no ser atractivas sexualmente y a la falta de confianza en ellas parecen constituir los principales temas para ser abordados.

La excitación masculina y femenina

Los hombres y las mujeres con heridas medulares a menudo les falta sensibilidad en las regiones habitualmente erógenas de su cuerpo, como la zona genital y la zona mamaria. A este respecto, la estimulación de estas zonas puede conllevar a una erección o una lubricación de la vagina, pero no necesariamente al placer sexual. En cambio, otras zonas del cuerpo que raramente son reconocidas como zonas erógenas, como las orejas, los párpados y el cuello, pueden ser estimuladas para originar la excitación sexual. Ciertas personas comprueban un aumento de la reacción sexual producida por el tacto de la superficie de la piel en la zona a nivel neurológico de la herida. Se trata de una zona a menudo solicitada en la actividad sexual y habitualmente reconocida como muy erótica y proporciona muchísimo placer (1).

La función sexual en el hombre: erección, eyaculación y orgasmo

Los hombres con heridas medulares pueden obtener una erección de naturaleza refleja o de naturaleza psicógena. Las erecciones reflejas son obtenidas por medio de la estimulación de la región genital. Habitualmente, estas erecciones se mantienen tanto tiempo como dura la estimulación de esta región. Al contrario, las erecciones psicógenas son el resultado de una estimulación erótica que produce una modulación cortical del arco reflejo sacro. En general, las erecciones son más susceptibles de producirse en los casos de lesiones medulares incompletas (a la vez en la neurona motora superior e inferior) que en los casos de lesiones completas. A menudo, los hombres con heridas medulares pueden mantener una erección sólo si el pene es estimulado, pero la rigidez de la erección no es suficiente para realizar el acto sexual. La erección debe ser pues aumentada por medio de dispositivos, por medio de medicinas o por medio de una prótesis peniana si una pareja desea tener relaciones sexuales.

Es muy raro entre los hombres con heridas medulares de estar en situación de eyacular que de obtener una erección. El índice de eyaculación varía según la naturaleza y el lugar donde se encuentra la lesión neurológica. En el caso de las lesiones completas de la neurona motora superior, estimamos el índice de eyaculación en 2 %. En el caso de lesiones incompletas de la neurona motora superior, este índice sobrepasa un poco éste para alcanzar aproximadamente el 32 %. Muchos hombres capaces de eyacular experimentan la eyaculación retrógrada en la vejiga, mientras que otros pueden experimentar emisiones inoportunas de esperma.

La experiencia del orgasmo entre los hombres con heridas medulares varía según los individuos. Algunos lo describen como un acontecimiento principalmente emocional, otros como una relajación muscular generalizada o una sensación agradable al nivel de la pelvis o de los sentidos. Otros todavía indican que no tienen más orgasmos desde su lesión.

La medicación por vía oral en los casos de disfunción eréctil

El Sildenafil (o Viagra) ha sido aprobado por la FDA (*Food and Drug Administration* [Administración de Alimentos y Fármacos]) en 1998 para jugar un rol significativo en el tratamiento de la disfunción eréctil en los hombres con heridas medulares. El Sildenafil es un inhibidor del fosfodiesterasa de tipo 5 (PDE 5) inhibiendo la degradación del GMP cíclico en los cuerpos cavernosos. El es absorbido rápidamente después de la administración oral y se toma aproximadamente 60 minutos antes de producir la actividad sexual. El Sildenafil es más eficaz entre los hombres que son capaces de obtener erecciones reflejas. Da más rigidez al pene y permite mantener una erección suficiente para la penetración. Los hombres que toman medicinas que contienen nitratos deben abstenerse de utilizar el Sildenafil, porque hay un riesgo de hipertensión muy alto. Un buen número de hombres con heridas medulares tienen una presión arterial baja en reposo y es importante hacer prueba de prudencia en la prescripción de este agente vasodilatador. Además, esta medicina no es recomendada para las personas que sufren de enfermedades cardíacas. Entre los efectos secundarios anotados en la población de buena

salud, se cuentan enrojecimiento de la cara, una dispepsia, los dolores de cabeza, así como trastornos visuales.

Desde el lanzamiento del Sildenafil, otras medicinas inhibidoras de la PDE 5 como el Tadalafilo (Cialis) y el Vardenafil (Levitra) han sido utilizadas con éxito con el fin de mejorar la calidad de las erecciones. Estas medicinas, que deben ser tomadas dos horas antes de la actividad sexual, tienen un efecto dilatador semejante sobre la vascularización del pene y tienen una popularidad creciente estos últimos años. El Tadalafilo recibió una acogida particularmente favorable por parte de los jóvenes hombres debido a su semi-vida prolongada de 36 horas y de su capacidad de hacer la actividad sexual más espontánea. Recientemente ha sido lanzado el Tadalafilo de dosificación más baja que, administrado de modo diario, permite mantener un nivel terapéutico sobre un período prolongado. La dosificación diaria de Cialis les es recomendada a los hombres que sexualmente son activos más de dos veces a la semana.

El tratamiento por inyección intracavernosa

El tratamiento por inyección intracavernosa de papaverina, de alprostadilo y de fentolamina constituye un tratamiento reconocido y eficaz de la disfunción eréctil. Recurrir a esta terapia exige la consulta de un urólogo. A las personas se les administra primero pequeñas dosis de estos agentes vaso-activos y progresivamente se les aumenta hasta que obtengan una erección bastante satisfactoria para permitirles tener relaciones sexuales. Una mezcla de estos agentes vaso-activos es a veces prescrita. Erecciones que persisten más allá de las cuatro horas necesitan una consulta médica, porque puede tratarse de priapismo y ambos compañeros deben pues recibir una formación adecuada. Muchos hombres tetrapléjicos presentan una deficiencia funcional de la mano y necesitarán de una compañera que coopere para aplicar la inyección. Ciertas personas que tienen lesiones incompletas pueden sentir un dolor ligero al lado del sitio de la inyección. El tratamiento por inyección intracavernosa presenta también un riesgo de fibrosis del pene. Con el fin de evitar tales complicaciones, se recomienda que el hombre o su compañera ejerzan una presión sobre el sitio de la inyección durante varios minutos.

El tratamiento transuretral

Los sistemas de administración trans-uretral para la administración de agentes vasodilatadores que resultan en erecciones han sido aprobados recientemente. El medicamento administrado bajo la forma de un pequeño supositorio insertado en la uretra antes de la actividad sexual habitualmente es el alprostadilo. Este tratamiento no es tan eficaz como el tratamiento por inyección intracavernosa y es susceptible de causar sensaciones de quemaduras para los hombres en los que una cierta sensibilidad permanece intacta. Muchos hombres no están satisfechos por la rigidez de las erecciones obtenidas y este procedimiento raramente es recomendado en general.

Dispositivos de erección peniana

Estos dispositivos crean un vacío alrededor del pene. La sangre entonces bombeada en el pene fluye hacia los cuerpos cavernosos. Una venda elástica se desliza a lo largo de un cilindro de plástico y se coloca en la base del pene para mantener la tumefacción. La

eyaculación puede entonces retrasarse debido a la constricción de la uretra. Por otro lado, los nuevos modelos están dispuestos de tal manera que los anillos de constricción son menos susceptibles de disminuir la eyaculación.

Los dispositivos de erección peniana constituyen un método no invasivo, poco dispendioso y eficaz. Necesitan, no obstante, un cierto nivel de destreza manual. Para muchos hombres tetraplégicos, la compañera debe consentir y facilitar la asistencia en este procedimiento. Además, los hombres deben trasladarse de su silla de ruedas y acostarse sobre la espalda con el fin de obtener una buena impermeabilidad para la base del pene. Es posible que las personas que tengan lesiones medulares incompletas experimenten dolor, decoloración y sensación de frío en la base de su pene. El anillo de constricción no debe permanecer en sitio más de media hora. Llevar el anillo durante períodos prolongados podría causar lesiones cutáneas. Los dispositivos de erección peniana parecen más aceptados entre los hombres comprometidos en una relación estable. En las jóvenes parejas, el dispositivo es a menudo percibido como contra natural y embarazoso. Ciertos hombres utilizan dispositivos de erección peniana para aumentar las erecciones obtenidas por medio de las medicinas por vía oral, aunque esto se haya vuelto muy raro en los últimos años. Los dispositivos de erección peniana son a menudo empleados en los países en vías de desarrollo donde la farmacoterapia no está disponible y demasiado dispendiosa.

Las prótesis penianas internas (implantes penianos)

Las prótesis penianas internas, en cuanto a ellas, hoy día se les conoce un gran éxito y se han vuelto extremadamente populares gracias a la nueva tecnología. Un buen número de hombres con heridas medulares lo han considerado. Después de la primera adaptación, numerosos son los hombres que ven el implante con muy buenos ojos. Los que escogen este método para mejorar sus erecciones, sobre todo los hombres jóvenes, deberán adaptarse en el plano emocional aceptando el hecho de que el implante es la solución única que les queda para recobrar su función eréctil. Este proceso emocional puede ser largo! El recurso de las prótesis debería normalmente ser contemplado cuando otros métodos se revelaron infructuosos.

Las prótesis penianas son extremadamente eficaces y pueden manifestarse muy satisfactorias para numerosas parejas. No obstante, los hombres deben ser realistas y estar bien informados sobre lo que les espera. Una prótesis no devuelve la función sexual de nuestra juventud, ni modifica la talla de los órganos genitales. Una persona bien informada, es mucho más segura de lo que le espera y está bastante satisfecha la mayoría de las veces de los resultados.

Hasta ahora, una prótesis peniana queda como el último recurso para restaurar la función sexual en el hombre. La inserción de una prótesis por cirugía es definitiva y el procedimiento es irreversible. Se trata de una decisión seria y no debería ser tomada a la ligera. Se recomienda discutir sobre ello primero con su pareja y su médico. A muchos hombres les gusta obtener la segunda opinión antes de recurrir a la inserción quirúrgica de la prótesis. Finalmente, la decisión regresa al herido medular y a su compañera.

Existen ahora en el mercado dos tipos de prótesis penianas, sea las prótesis semirígidas y las prótesis inflables. Las prótesis semirígidas parecen menos populares, porque le proporciona al hombre una erección permanente. Este tipo de prótesis consiste en colocar dos varillas de plástico en las cámaras de los cuerpos cavernosos del pene, o sea en los espacios que se llenan normalmente de sangre en el curso de la erección.

Una de las principales ventajas de la prótesis semirígida es que le permite al hombre mantener un condón en su sitio. Naturalmente, este elemento es importante si emplea una cierta forma de drenaje urinario por medio de un condón. Esta forma de drenaje urinario se ha vuelto menos popular en los últimos años, pero parece que todavía se utiliza por la noche. Los hombres para los que el cateterismo intermitente se presenta inútil también recurren a ello. Por otro lado, el inconveniente mayor de la prótesis semirígida se da por el hecho de que el hombre está en erección permanente y el hecho de que esto se revela molesto cuando frecuenta la sala de entrenamiento, la playa o cuando lleva trajes ajustados.

La prótesis inflable consiste en insertar por medio de una cirugía, un par de cilindros inflables dentro del pene. Una bomba es también insertada en el escroto. Cuando el hombre desea obtener una erección, tiene sólo que apretar la bomba, lo que inyecta un fluido (habitualmente una solución salina) en los cilindros inflables, haciéndolos rígidos. Cuando se procede al desinflado, el pene recobra su talla normal al estado flácido (2).

Contemplamos el recurso de las prótesis penianas cuando otros tratamientos se manifiestan sin éxito, particularmente en los casos donde el traumatismo perturbó el sistema vascular del pene. Este tipo de tratamiento es también indicado si se hace frente a casos graves de la enfermedad de Peyronie (curvatura del pene). El recurso de las prótesis penianas no es recomendado en el primer año posterior a la lesión para permitirles a los heridos medulares recuperarse emocionalmente y explorar medios menos invasivos para asistirlos en sus actividades sexuales.

La fecundidad masculina

El acto de eyaculación y la capacidad de tener niños son los trastornos sexuales más complicados a las cuales hacen frente las parejas con lesiones medulares. El origen de la esterilización entre los heridos medulares proviene de una patología orgánica que toca los mecanismos neuromusculares que controlan la secuencia eyaculatoria. La falta de eyaculación cuanto cuando ella ha sido causado por una interrupción patológica del proceso eyaculatorio al nivel neurológico y muscular.

La gran mayoría de los hombres que tiene lesiones medulares de todo nivel experimentan dificultades cuando intenta tener un hijo, en lo relacionado con la fecundación del óvulo o en el curso del acto sexual. Estos trastornos, que se han nombrado a menudo factores de carácter masculinos, son típicamente asociados con la disfunción eréctil o eyaculatoria, a la mala calidad de los espermatozoides o a la combinación de estos factores. Naturalmente, la ausencia de deseo sexual también puede constituir un factor significativo que toca la excitación, el desempeño sexual y la frecuencia de los contactos sexuales. Una perturbación o una interrupción que sobreviene en el plano de uno de estos aspectos pueden engendrar problemas para la procreación.

Debido a sus dificultades eyaculatorias, los hombres con heridas medulares deben recurrir a menudo a técnicas diferentes para el acto sexual, para fecundar el óvulo de la mujer. Éstas comprenden la estimulación manual, la estimulación vibratoria del pene o el empleo de una sonda anal, técnica conocida como electroeyaculación. Aunque la electroeyaculación no sea la técnica más privilegiada, sigue siendo sin embargo la más eficaz, con un porcentaje de 83 % en su éxito. Pero, en general, podemos recurrir a todas estas técnicas para obtener una muestra de esperma. Estas dos técnicas pueden acarrear la hiperreflexia autónoma asociada con un aumento súbito de la presión arterial, entonces es bueno que las parejas conozcan los síntomas.

Después de haber obtenido una muestra de esperma y determinar su calidad, la pareja puede intentar el embarazo utilizando diversas técnicas de fecundación. Las técnicas actualmente disponibles de fecundación son la inseminación (IIV) intra-vaginal, la inseminación intrauterina (IIU), la fecundación in vitro (FIV), la transferencia de gametos intratubárica (TGI) y la inyección de esperma intracitoplásmica (ICSI).

Los hombres con heridas medulares disponen de una gran variedad de opciones factibles para conseguir muestras de esperma y fecundar el óvulo de su compañera, pero tienen que hacer frente sin embargo a lo que está en juego, debido a la incidencia de la lesión medular sobre la calidad del esperma. Las investigaciones han mostrado que a pesar del número normal de espermatozoides entre los lesionados medulares, el porcentaje de espermatozoides motiles tiende a ser inferior al de los hombres aptos. En general, el porcentaje de espermatozoides motiles entre los hombres con lesiones medulares es del 20 %, en comparación con el 70 % entre los hombres aptos.

Los investigadores de la Universidad de Miami indicaron, en la revista Periódica de Urología, que no había correlación entre la movilidad de los espermatozoides y el nivel de la lesión, la edad, el tiempo transcurrido después de la lesión o la frecuencia de eyaculación. Además, estos investigadores comprobaron que los espermatozoides de los hombres con lesiones medulares eran frágiles y perdían rápidamente su capacidad de nadar. Afortunadamente, no obstante la calidad del esperma, no se deteriora en los años que siguen a la lesión medular. De hecho, el almacenamiento de esperma en un banco inmediatamente después del traumatismo, técnica en otro tiempo popular, no está considerada ya como una opción viable y necesaria para la fecundación futura.

Para los hombres con lesiones medulares, los índices de embarazo acertado ascienden entre el 10 % y el 35 %. En general, los hombres que viven con lesiones incompletas (a la vez de la neurona motora superior e inferior) son más susceptibles de conocer la paternidad que los que viven con lesiones completas. Las condiciones que pueden contribuir a la esterilización comprenden la eyaculación retrógrada y, en particular, las infecciones de las vías urinarias repetidas. Los problemas como la elevación de la temperatura testicular debido a la posición sentada prolongada en una silla de ruedas, el uso de ropas apretadas u otros factores vinculados al modo de vida están generalmente considerados como problemas significativos en relación con la calidad del esperma.

La incontinencia urinaria y fecal

Las incontinencias urinaria y fecal que sobrevienen en los momentos más inoportunos, lo mismo que la desestimación social ocasionada, constituyen los principales temores para numerosos lesionados medulares. Estos factores a menudo constituyen la principal razón que explica el por qué las personas afectadas no vuelven a ser socialmente o sexualmente activas, después de una lesión medular. Un accidente urinario o fecal puede sobrevenir a cada momento mientras que cortejan a alguien, en el curso de los contactos sexuales, o en cualquier circunstancia social. La confusión, la vergüenza y la humillación asociada a la incontinencia crean un sentimiento inadecuado de ansiedad, y a menudo aparece como un obstáculo invencible en una relación. La comunicación, la preparación y la planificación de la actividad sexual son aspectos importantes a considerar en la resolución de estas dificultades eventuales.

Con el fin de reducir los episodios inoportunos de incontinencia, se debe proceder al vaciado de la vejiga antes de la relación sexual. Se puede fijar un catéter foley sobre el lado del pene insertando un condón por encima del catéter. Las mujeres pueden tener relaciones sexuales a pesar de la presencia de un catéter de Foley fijando el catéter sobre su abdomen. Hasta con el mejor programa de gestión, la estimulación sexual puede provocar la incontinencia urinaria y fecal. El paso molesto de gas por la vía vaginal e intestinal o por la bolsa de ostomía intestinal puede ser evitado por movimientos ligeros, una posición coital adecuada y una dieta particular. Deberíamos limitar la ingestión de líquido en las horas precedentes a la actividad sexual y poner toallas al alcance de la mano en caso de episodios de incontinencia urinaria o fecal. Más importante todavía es la necesidad para la pareja de discutir sobre estas cuestiones y de compartir sus emociones, su ansiedad y sus miedos entre ellos.

La función sexual en la mujer: excitación sexual y lubricación vaginal

La inmensa mayoría de las mujeres con lesiones medulares logran obtener un cierto nivel de lubricación vaginal. Esta lubricación, como para la erección en el caso de los hombres, es influenciada por factores reflejos y psicógenos. Las mujeres que viven con lesiones incompletas (a la vez de la neurona motora superior e inferior) son más susceptibles de obtener una lubricación satisfactoria. Si la lubricación vaginal no es satisfactoria, podemos entonces recomendar la utilización de un lubricante soluble. El sildenafil puede tener un valor limitado entre las mujeres con lesiones medulares aumentando la presión arterial en la región del perineo, igualmente mejora la lubricación vaginal y con ello la satisfacción sexual. Pero en estudios anteriores a propósito de la utilización de medicamentos inhibidores de la PDE 5 entre mujeres, como el sildenafil, fueron decepcionantes y han sido interrumpidos por la industria farmacéutica. Parece que los estudios actuales ponen el énfasis más en el papel de la sustitución de la testosterona en cada mujer que alcanza una disfunción sexual.

La fecundidad femenina

Entre el 44 % y el 58 % de las mujeres sufren de una amenorrea temporal inmediatamente después de la lesión medular. Las menstruaciones habitualmente reaparecen a los 6 meses

siguientes al traumatismo. Ni el nivel ni el grado de complejidad de una lesión parecen estar asociado con la interrupción del ciclo menstrual. Para un porcentaje bajo de mujeres con lesiones medulares también hay unas modificaciones según la longitud del ciclo, la duración y la abundancia del flujo menstrual, así como de la intensidad de los dolores menstruales. La inmensa mayoría de ellas son fértiles y deberían emplear medios de contracepción, excepto en el caso de una pareja deseosa de tener un hijo.

La contracepcion

La cuestión de la contracepción puede revelarse un poco problemática para las mujeres con lesiones medulares. Los condones permiten la contracepción y ofrecen una protección contra la transmisión de enfermedades de transmisión sexual. El diafragma constituye otra solución aceptable en caso de que la persona esté dotada de una destreza manual adecuada o un compañero cooperativo que le preste asistencia. La toma de anticonceptivos orales está asociada con una alta incidencia de tromboembolia y éstos deben ser prescritos con prudencia entre las mujeres con lesiones medulares. Los anticonceptivos orales que contienen sólo la progesterona suelen ser más seguros que los que contienen a la vez estrógeno y progesterona. El DIU está asociado con una incidencia elevada de enfermedades inflamatorias de la pelvis y de hiperreflexia autónoma. Además, las mujeres con lesiones medulares podrían no hallarse en situación de percibir si el dispositivo está empleado bien ubicado sobre el cuello de útero o si este no se desplaza.

El embarazo

Las mujeres con lesiones medulares embarazadas presentan un alto riesgo de infecciones de las vías urinarias, edema de las piernas, hiperreflexia autónoma, estreñimiento, tromboembolia y de parto prematuro. Así como la inervación uterina comienza a nivel de los nervios espláncnicos T10 en T12, las pacientes que tienen lesiones más allá del nervio espláncnico T10 son incapaces de percibir las contracciones uterinas y los movimientos fetales. Puede ser difícil de diferenciar la hipertensión inducida por un embarazo de la hiperreflexia autónoma. La hiperreflexia autónoma puede revelarse como la única manifestación clínica de las contracciones. En el curso del segundo y tercer semestre, las mujeres embarazadas pueden tener dificultades para efectuar tareas funcionales antes realizadas de manera totalmente autónoma. Las transferencias pueden necesitar de la asistencia de un ayudante, desplazamientos, la utilización de una silla de ruedas eléctrica. En numerosas regiones, es difícil de encontrar un obstetra y un anestesista que tenga una actitud positiva, consultorios que sean accesibles y que tengan la experiencia en el tratamiento de las mujeres con lesiones medulares.

Conclusion

La adaptación sexual como consecuencia de una lesión de la médula espinal es un proceso gradual que exige ajustes de orden psicológico y físico. La disponibilidad de nuevas medicinas, de dispositivos y de procedimientos ha aumentado mucho las posibilidades de recobrar una vida sexual satisfactoria después de una lesión medular. El organismo *Consortium for Spinal Cord Medicine Paralyzed Veterans of America* elabora actualmente directrices para la práctica clínica sobre la sexualidad y la salud genésica. Se tratará de la

información que debe comunicárseles a los lesionados medulares y a sus compañero-a-s después de un traumatismo.

Lectures suggérées

Boller P, Frank E. 1982. Sexual dysfunction in neurologic disorders. New York: Raven Press.

Ducharme S, Gill K. 1997. Sexuality after spinal cord injury, Baltimore (MD): Paul Brooks Publishing Company.

Joannides P. 2004. Guide to getting it on. Waldport (OR): Goofy Foot Press.

Leyson J. 1991. Sexual rehabilitation of the spinal cord injured patient. Clinton (NJ): Humana Press.

Sipski M, Alexander C. 1997. Sexual function in people with disability and chronic illness. Gaithersburg (MD): Aspen Publications.

Bibliografia

Kreuter M, Siosteen A, Biering-Sorensen F. 2008. Sexuality and sexual life in women with spinal cord injury: A controlled study. Journal of Rehabilitation Medicine. 40:61-69.

Hakim L. 2002. The couple's disease: Finding a cure for your lost love life. Delray Beach: DHP Publishers.