

Sexualidad, Fertilidad y Maternidad en la lesión medular

Anxela Garrido Viñas, Aramis Guerrero Muñoz, Teresa Jiménez Balsa, Cristina Jorge Soto,

Introducción:

Como miembros del equipo sanitario multidisciplinar, los profesionales de enfermería deben saber identificar variaciones en el rol afectivo/sexual y complicaciones en la fecundación, embarazo y parto que se pueden dar en el contexto de una lesión medular a fin de asegurar una calidad asistencial de enfoque holístico (biopsicosocial.)

Metodología:

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la atención de enfermería referida al patrón sexualidad-reproducción en un paciente con lesión medular en artículos publicados durante los últimos cinco años en bases de datos sanitarias. En base a ello, bajo el epígrafe resultados, se refiere una recopilación de los datos obtenidos.

Resultados:

SEXUALIDAD

HOMBRE

- Erección: control → arco reflejo
Estimulación genital → E.refleja
Estimulación erótica → E. psicógena

-Experiencia del orgasmo

- posibilidades {
 - acontecimiento emocional
 - relajación muscular
 - ausencia

-Ayudas externas para mantener una erección:

- medicación
 - inyección intracavernosa
 - tratamiento transuretral
 - dispositivos de erección peniana
 - implantes penianos

- Posible complicación: incontinencia urinaria o fecal

MUJER

-Condicionantes psicológicos:

- pérdida de autoestima.

-Métodos de estimulación:

- Sexo oral/manipulación genital.
- Especial sensibilidad en mamas y pezones.
- Lubricantes sintéticos.
- Implementos eróticos para favorecer la expresión sexual.

-Orgasmo:

- Orgasmo psicológico con estimulación de zonas sensibles
- Sensación voluptuosa en el momento de máxima excitación

-Anticoncepción:

- Preservativo bien lubricado
- Ligadura de trompas

MATERNIDAD

EMBARAZO

-Mayor incidencia de complicaciones

- Infección urinaria, relacionado con vejiga neurógena.
- Prematuridad, posiblemente debido a las infecciones urinarias de repetición.
- Agravamiento de la insuficiencia respiratoria de base, debido a posición sentada en silla de ruedas + compresión por abdomen crecido.
- En lesiones arrefléxicas vigilar la aparición de TVP en zona de apoyo (sacro, isquion, trocánteres)

-Valoraciones pertinentes para adoptar una adecuada estrategia en el parto.

PARTO

-Consideraciones:

- Si existe riesgo de hiperreflexia → parto programado y mediante cesárea
- Lesión D12-D10 → ausencia de contracciones uterinas.
- Lesión por debajo L2 → musculatura abdominal, percepción del dolor.
- Anestesia epidural → analgesia + control de la espasticidad.

FERTILIDAD

Dificultad de la eyacuación + | espermatozoides móviles → técnicas de fecundación asistida (IIV, IIU, FIV, TGI, ICSI)

Mujer lesionada → no presenta ninguna alteración hormonal ni ginecológica que le impida su normal embarazo *(excepción: periodo de amenorrea tras lesión medular traumática de 3 a 9 meses)

Conclusión:

Tras el análisis de los datos recopilados concluimos que la pérdida de autoestima dificulta la predisposición para las relaciones sexuales. La planificación, comunicación y preparación de la actividad sexual ayudarán a superar este obstáculo, junto con el fomento de la expresión sexual y una gran unión con la pareja.

Los índices de embarazo se encuentran entre el 10%-35%. Los hombres con lesiones incompletas son más susceptibles de conocer la paternidad. La vigilancia y la educación de la mujer embarazada serán muy importantes ya que las embarazadas lesionadas medulares deben ser avisadas del riesgo de un parto prematuro inadvertido, debido a que no sienten las contracciones y la rotura de aguas puede confundirse con la incontinencia de orina.

La maternidad, a pesar de los impedimentos físicos que pueda tener para realizar el cuidado de su hijo, lo cual puede derivar en una depresión post parto, proporciona a la mujer lesionada una sensación de plenitud y de realización personal.