

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**ENFOQUE DE LA FUNCION SEXUAL
DEL PACIENTE CON LESION MEDULAR**

MARTA LETICIA CASTELLANOS PERALTA

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. ANTECEDENTES
3. OBJETIVOS
4. REVISION BIBLIOGRAFICA
5. MATERIAL Y METODOS
6. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
7. CONCLUSIONES
8. RECOMENDACIONES
9. ANEXOS
10. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCION

Este año fue proclamado en todo el mundo, como el "Año Internacional del paciente Minusválido". Algo acertado y digno de mención, puesto que este tipo de paciente, ha sido hasta ahora, poco conocido y apoyado por la sociedad, a pesar de su alta incidencia, pues estamos en una época en que la tensión, maquinización y violencia nos agitan constantemente dejando tras de sí secuelas que invalidan al ser humano y que conllevan fuerte implicación física, social y emocional.

Dentro de la gran clasificación de pacientes minusválidos, tenemos al paciente con lesión medular que debido a su lesión presenta afección de las extremidades, sin embargo con una mente lúcida y con una esperanza con la que puede enfrentarse al mundo y a una sociedad poco preparada para aceptarlo pero iniciando sus pasos para promover el desarrollo integral del mismo.

Mi relación con estos pacientes, me han estimulado a estudiar una parte de su problemática; tomando en cuenta que su rehabilitación debe ser integral, pues sus metas se dirigen al individuo como un todo, involucrando una gran complejidad de funciones y mecanismos que tendrá que poner en juego para reintegrarse a la sociedad.

Por lo antes dicho el tratamiento rehabilitativo es función de un equipo interdisciplinario el cual coordina el médico fisiatra.

Dentro de esta gama de complejidad funcional, que abarca la Rehabilitación, enfocaré un aspecto poco afrontado en nuestro medio, como lo es la Función sexual, y específicamente la función sexual en el paciente con Lesión Medular, la cual va a estar afectada y por lo tanto va a tener marcada repercusión para éste y su familia, máxime si tomamos en cuenta las características de nuestro medio socio cultural, y si se carece de una adecuada orientación de valores.

Puedo agregar a lo antes dicho, la importancia que tiene el conocimiento y la orientación sobre los cambios y procesos de adaptación en general, a una nueva vida, incluyendo los ajustes sexuales.

Pretendo pues, contribuir en mínima parte en la Rehabilitación del parapléjico, iniciando un estudio específico, esperando se continúe y refuerce, y proponiendo un programa de reeducación Sexual a nivel de equipo interdisciplinario en el Hospital de Rehabilitación del IGSS.

2. ANTECEDENTES

No existe en nuestro medio ningún estudio referente a la función sexual del paciente con Lesión Medular.

3. OBJETIVOS

1. Dar a conocer la incidencia de la problemática sexual del paciente con Lesión Medular, en nuestro medio.
2. Realizar un estudio comparativo estadístico, con los estudios realizados en otros países.
3. Proponer un Programa de Reeducción sexual para el paciente con Lesión medular y su pareja, a nivel de equipo interdisciplinario, en el Hospital de Rehabilitación del IGSS.

4. REVISION BIBLIOGRAFICA

4.1 Aspectos Anatomofisiológicos.

Las funciones reproductoras del varón pueden dividirse en 3 partes principales:

1. Espermatogénesis: formación de esperma.
2. Ejecución del acto sexual.
3. Regulación de las funciones sexuales por las diversas hormonas. (5)

Se hará énfasis en los mecanismos que intervienen en el 2do. aspecto, puesto que posteriormente veremos que la patología medular afecta principalmente, sus componentes.

El acto sexual en sí, desde el punto de vista fisiológico, resulta de reflejos integrados en la médula espinal que pueden iniciarse por estimulación psíquica o sexual. En él intervienen uniformemente los Sistemas Neurovegetativos o Autónomos, así como nervios somáticos (5) (10)

4.2 Inervación del Sistema Genital Masculino.

La estimulación Simpática está dada a través del plexo hipogástrico que proporciona inervación a las vesículas seminales y conductos aferentes; este plexo posee además fibras parasimpáticas. El cordón espermático y testículos reciben fibras nerviosas del plexo espermático interno, plexo hipogástrico y plexo vesical. El plexo espermático comprende fibras Simpáticas post gan-

glionares y fibras aferentes viscerales.

Las Fibras que inervan los testículos emergen de la médula espinal a nivel del segmento 10mo. torácico y algunas fibras de otros niveles. El nervio pélvico o erector inerva la próstata, uretra prostática y cuerpo cavernoso. Este se deriva de los segmentos sacros 1-2-3-4 y da estimulación parasimpática.

La uretra peneana, cuerpo esponjoso y cavernoso reciben - inervación somática a través de los nervios pudendos.

Los músculos voluntarios empleados en la eyaculación (compresor uretral, isquío y vulvo cavernoso) son inervados también - por el Pudendo. Las glándulas y la piel del pene son inervados - por el nervio dorsal del pene, que se deriva del nervio pudendo, sus fibras constituyentes se derivan del 4to. y 5to. nivel sacro. - (12) (1)

4.3 Función Neuronal y Etapas del Ciclo Sexual.

La estimulación de las fibras somáticas aferentes (sensitivas) de los genitales externos, transmiten la "sensación sexual", la cual sigue por los nervios pudendos hacia el plexo sacro y luego a la porción sacra de la médula ascendiendo por ésta, hacia zonas indefinidas del cerebro (5). Impulsos parasimpáticos que siguen por los nervios pélvicos, desde la porción sacra de la médula al pene, originan distensión del tejido cavernoso (vasodilatación y congestión), fenómeno vascular y vegetativo que constituye la erección del pene.

Específicamente la erección es dada por fibras nerviosas colinérgicas y su relajación posterior por fibras anticolinérgicas. - (2) (5)

Si se continúa e intensifica el estímulo sexual, los centros reflejos de la médula, empiezan a mandar impulsos Simpáticos rítmicos que abandonan la médula en L1-L2 y pasan a los órganos genitales siguiendo el plexo hipogástrico para causar la Eyaculación, que constituye la culminación del acto sexual masculino.

Esta comienza con contracciones peristálticas en testículo, epidídimo y conducto deferente. Simultáneamente se producen - contracciones en las vesículas seminales y próstata, para expeler el líquido seminal y prostático, junto con los espermatozoides y moco glandular. Los impulsos nerviosos rítmicos son mandados - desde la médula siguiendo por los nervios pudendos a los músculos estriados que rodean la base del tejido eréctil, causando aumentos de presión, que expelen el semen desde la uretra al exterior.

Observamos pues la intervención del Sistema Autónomo: El Parasimpático produciendo la erección y el Simpático la Eyaculación.

El reflejo medular es modificado y estimulado por muchos - otros reflejos viscerales y somáticos, y particularmente el provocado por estímulo emocional.

Estímulos psíquicos adecuados pueden aumentar considerablemente la capacidad de llevar a cabo el proceso sexual: percepción, recuerdos, sensaciones olfatorias, visuales, auditivas etc. Son estímulos centrales que a través de impulsos corticales y sub-corticales, pasan al sistema reticular y a médula espinal. (2)

Masters y Johnson, dividen el Ciclo de Respuesta Sexual Humana en 4 fases:

1. Fase de Exitación
2. Fase de Meseta

3. Fase de Orgasmo
4. Fase de Resolución

En el hombre, la primera fase, se desarrolla a partir de estimulación somatogénica o psíquica, e incluye fenómenos como la erección, tensión muscular voluntaria e involuntaria, aumento del ritmo cardíaco y presión arterial, elevación testicular.

De esta fase se pasa a la Meseta, en la cual hay una intensificación de la tensión y una emisión mucoide, preeyulatoria. Cuando la tensión llega a su máximo se produce el Orgasmo, en el cual hay pérdida del control voluntario, contracciones musculares, hiperventilación, taquicardia, elevación de la presión arterial, y contracciones expulsivas en órganos secundarios y uretra peneal. (11)

El orgasmo es la sensación causada por la contracción de los órganos sexuales, procediendo y coincidiendo con la emisión y eyaculación.

"La obtención del mismo no consiste únicamente en llegar al punto más elevado en el movimiento ascendente de la tensión sexual, sino también de proporcionar un descanso, una relajación de la satisfacción física y psíquica". La importancia de éste, radica sobre todo en el sentimiento de satisfacción que es la base del deseo sexual humano. (8) (15)

Fase de Resolución: en ésta, hay pérdida de la erección en 2 etapas y retorno a las funciones normales.

4.4 FACTORES PSICOLOGICOS

La respuesta psicológica difiere en ambos sexos, y aún en

el mismo individuo; y es influenciada por factores sociales.

En la mujer los factores psicológicos son más complejos; y es más influyente el aspecto social, la seguridad que se le pueda brindar, aceptación y estimación. Importa no solo que la atracción se dirija hacia el aspecto sexual en sí (órganos genitales); sino hacia su persona: el ser estimada y amada. Es interesante el hecho de poseer marcada necesidad psicológica de procrear hijos. La preñez, lactancia y cuidado del recién nacido, son parte de la Respuesta Sexual femenina y la provisión u obtención de ello es esencial.

El placer de la relación sexual puede ser experimentada a diferentes niveles: ej. el pensamiento de ser capaz de provocar y estimular la satisfacción en el hombre, asimismo la satisfacción derivada del placer físico de la fase exitativa y orgasmo, que resulta en un emerger con el compañero.

En el hombre los factores psicológicos son menos influyentes que en la mujer y son distintos los factores sociales y de menor importancia. Las necesidades de reproducción pueden ser satisfechas en el hombre, por el simple acto de la eyaculación. Influye en su psique, la necesidad de ser responsable de los hijos y de la esposa. El placer es experimentado también a diferentes niveles, en el ser aceptable y en la relación amorosa física, así como el de ser capaz de obtener y provocar una respuesta sexual adecuada y satisfactoria. (13)

4.5 PARAPLEJIA Y CUADRIPLÉJIA TRAUMÁTICA

La luxación o fractura de una o varias vértebras, con o sin fractura del cuerpo vertebral, puede producir aplastamiento o sección de la médula espinal, que resulta en parálisis del cuerpo

por debajo de la lesión. (4) La lesión medular se acompaña de disfunción motora, sensitiva, vesical, intestinal, sexual y psicológica. (14)

La Historia natural de la Paraplejía, refleja los cambios que aparecen en el S.N.C. y en las lesiones curadas del sistema esquelético. Durante el período inmediato posterior a la lesión, hay flacidez por debajo de la lesión. Este período de Shock espinal dura de semanas a meses y viene seguido por el desarrollo de espasticidad; (Ley de la médula espinal). Esta recuperación de tono muscular viene acompañada por un aumento del tono, similar en vejiga y a veces por espasticidad. (9) (2)

Niveles de lesión: La gravedad de la afección va a depender del nivel segmentario medular de la lesión.

Las lesiones por arriba de C4 son incompatibles con la vida. Lesiones de C4 a C6-7 producen afectación de extremidades superiores e inferiores, (Cuadriplejía). Las primeras van a tener respuesta motriz o grado variable de utilización muscular, dependiendo del nivel lesionado.

El paciente lesionado por debajo de C7 (paraplejía), podrá realizar todas las actividades de los que tienen lesiones superiores. Va a haber afección de las extremidades inferiores y del área corporal que inerva el nivel segmentario respectivo. (9) (2)

Lesión de N.M.S. (Neurona Motora Superior)

Por bloqueo de la vía córtico-espinal, resultando en Espasticidad e hiperreflexia por debajo del nivel de la lesión.

Lesión de N.M.I. (Neurona Motora Inferior)

Por bloqueo de la vía espino-talámica, resultando en Flacidez e hiporreflexia, por debajo del nivel de la lesión. (Niveles segmentarios por debajo de L4). (2)

Los segmentos sacros son de suma importancia, por ser centros reflejos medulares y van a participar en la micción, defecación y sexo. (2).

Lesiones a nivel y por debajo de L4 van a ser en la cola de caballo, por lo que no va a aparecer reaparición de la función refleja. (9)

Tratamiento:

El nivel de la lesión es el factor primario en la determinación de los fines últimos de la rehabilitación del paciente y por ello del curso que deberá seguirse para alcanzarlo. (9)

El tratamiento del paciente con Lesión Medular, no es solo un trabajo médico, sino en él participa todo un equipo interdisciplinario: médicos, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales, terapistas diversos, reorientadores profesionales etc. que tienen como meta: Lograr la rehabilitación integral del paciente y estimularlo a alcanzar el mayor nivel funcional respecto a su seguridad. (13) (14) (9)

La Rehabilitación deberá iniciarse precozmente para lograr su ambulación con ayuda de aparatos ortésicos, lo antes posible, siendo este un factor de importancia que evita espasticidad, trastornos circulatorios, lesiones tisulares, facilitando la reeducación esfinteriana. Se efectúa reeducación vesical y es-

finteriana precoz, cambios frecuentes de postura, curación de úlceras por presión etc.

Los programas de fisioterapia y terapia ocupacional deberán ser lo más dinámico posible, pues el dominio de las actividades de la vida diaria y su capacitación deportiva, brindan al paciente seguridad y la satisfacción de sentirse fuertes e independientes físicamente, compensando sus limitaciones en la ambulación.

El servicio de Reorientación Profesional en conexión con el de Servicio Social, Clínicas Psiquiátricas y psicológicas mantendrán su relación con el paciente y su familia para asegurarles el desenvolvimiento para el trabajo y mejoramiento de su situación psico-socio-económica. (13)

4.6 FUNCION SEXUAL EN LOS PACIENTES CON LESION MEDULAR

En el paciente con Lesión Medular, se presenta Impotencia, que puede ser desde el punto de vista de Erección, Eyaculación u Orgasmo, dependiendo del tipo, extensión y nivel de la lesión. (2) (1)

La capacidad de tener erecciones físicas, reflejas o ambas aparece normalmente a los 6 meses de ocurrida la lesión. La libido suele persistir y el componente psíquico puede ser intenso. (9)

Menos del 20% de pacientes alcanzan la sensación "voluptuosa" del orgasmo, pero hay diversos tipos de satisfacción y ajustes en la pareja por lo que juega un papel importante la adaptación de la mujer como elemento activo. (2) (9)

La fertilidad es baja, y los factores contribuyentes incluyen el descenso de la espermatogénesis y el defecto en la eyaculación.

Un 10% tiene eyaculación y esta es inconsistente.

La tasa de fertilidad del hombre con paraplejía es de 5% (9).

El tipo de Erección puede ser:

a) Espontánea: el paciente no puede predecir a que hora la puede presentar y su duración es mínima, puede ser estimulada al colocársele la sonda vesical, etc. Es imprevista por lo que no va a ser de funcionalidad en la relación sexual.

b) Por contacto o estímulo manual:

Puede ser débil o duradera, si es duradera el paciente tendrá mayor oportunidad, pues el coito es un estímulo para mantenerla por el tiempo que esta dure. En algunos casos va a poseer más duración de lo normal y podrá satisfacer a su pareja. (1) (2) (9)

La erección Psicógena: se logra en pacientes que tienen intacto el flujo esplácnico, en lesiones por debajo de D9, y en lesiones incompletas. (9)

Se han realizado estudios neurológicos para determinar el tipo de lesión medular y clasificar así las diferentes funciones sexuales. Los estudios neurológicos se basan en el chequeo de la sensibilidad (con alfiler) de la piel de los órganos sexuales, investigando así vía espinal, para determinar si la lesión es

completa o incompleta y por investigación de los reflejos vulvocavernoso y rectal para determinar tipo de lesión de Neurona motora. (1) (2)

Presento la Clasificación efectuada por el Dr. Esten Commar:

1. Lesión completa de Neurona Motora Superior (N.M.S.)

Hallazgos neurológicos

- Ausencia de sensibilidad y falta de control volitivo del esfínter rectal, en presencia de tono rectal o sea
- reflejo del esfínter rectal Positivo
- Reflejo vulvocavernoso positivo

Función sexual

La mayoría de pacientes, con esta lesión presentan erecciones reflejas: espontáneas en un grupo extenso y por contacto en un grupo menor. En lesiones altas la posibilidad mejora.

No presentan eyaculación, ni orgasmo por lo que no pueden procrear. La hiperactividad de los segmentos sacros parece inhibir la eyaculación. El 70% podrán realizar el coito.

Existen excepciones y algunos pacientes, presentarán eyaculación (especialmente en los que la lesión está a nivel de drenaje de los nervios esplánicos y debajo del 10 nivel torácico. (Más si la lesión es incompleta).

2. Lesión incompleta de N.M.S.

Hallazgos neurológicos

Leve sensación al estímulo del alfiler, o pérdida parcial

de la sensación.

Pérdida del control volitivo del esfínter rectal.

Reflejo del esfínter rectal externo positivo.

Reflejo vulvo cavernoso positivo.

Función Sexual:

El paciente presenta una erección refleja adecuada, erección psicógena y por contacto. La eyaculación para lograrse necesita mayor estimulación, por lo que algunos pacientes si podrán engendrar.

Mientras más pequeño el daño neurológico, mayor oportunidad.

3. Lesión completa de Neurona Motora Inferior

- No hay sensibilidad
- No hay control volitivo del esfínter rectal
- Tono rectal ausente
- Reflejo vulvocavernoso ausente.

Función sexual

El 75% no tendrán erección de ningún tipo. El 25% presentan erecciones psicógenas o por estímulo manual, de estos un reducido número podrá consumir el coito debido a que no todos poseerán una firme erección. De los que la podrán realizar unos pocos podrán engendrar, por lo que no se descarta completamente este hecho.

4. Lesión incompleta de N.M.I.

Hallazgos neurológicos

Sensación parcial.

No hay control volitivo del esfínter rectal.

Reflejo rectal ausente.

Reflejo vulvocavernoso ausente.

Función Sexual

El 83% presentan erecciones psicogénicas, 50% de estos podrán realizar la eyaculación y un 10% podrán engendrar. ○ sea que es el grupo con más alto potencial para engendrar. (1) (2)

4.7 SEXO EN LA MUJER PARAPLEJICA

En la mujer la situación es diferente a la que afronta el hombre. La función ovárica no queda afectada significativamente por el daño medular, de modo que la oogénesis y la ovulación se realizan como en la mujer normal. Como la relación sexual le resulta posible puede concebir normalmente. También le es posible el parto; a pesar de la lesión hay contracciones uterinas y dilatación cervical, pero como no va a existir sensibilidad y por lo tanto no dolores de parto, se tendrá que internar a la madre en la semana 32 para control médico y detección del parto. (9)

El problema va a estar pues, por falta de sensibilidad y de orgasmo. La posibilidad de lograr el orgasmo se descarta. Los ciclos menstruales continúan normalmente en el 50% de mujeres parapléjicas. (2) (1).

5. MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio Prospectivo, con una muestra de 50 pacientes con Dx. de Lesión Medular (Cuadriplejía y Paraplejía secundaria), de la sala de Afecciones y Lesiones Medulares, y de la Consulta Externa del Hospital de Rehabilitación del IGSS.

En los pacientes internos tomé como parámetro estancia hospitalaria mayor de 2 meses.

Obtención de datos:

Por medio de entrevistas individuales, y de acuerdo a boleta guía, previo a ello y conjuntamente con el Depto. de Psicología del hospital, se efectuó dinámica de grupo a los pacientes participantes, con el objetivo de facilitar las entrevistas, explicándoles su importancia, el porqué de la veracidad de sus respuestas etc.

Se corroboró información un tanto dudosa, con las esposas o convivientes de los pacientes localizándolas en horas de visita.

Finalmente obtuve información de los expedientes clínicos, también de acuerdo a boleta guía para completar información.

Hago la aclaración que algunos datos están basados solamente en la confiabilidad de la información proporcionada por el paciente pues hay convivientes que viven en lugares lejanos y que visitan ocasionalmente el hospital.

El estudio se efectuó en pacientes de sexo masculino, pues la incidencia de Lesiones Medulares en mujeres es mínima. (Durante la investigación solo una paciente estaba hospitalizada).

6. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO 1
EDAD DE LOS PACIENTES

EDAD (en años)	# DE CASOS	%
15 - 24	14	28
25 - 34	23	46
35 - 44	8	16
45 - 54	3	6
55 - 64	2	4
T o t a l	50	100

En este cuadro observamos la predominancia del grupo de pacientes comprendidos entre 15 y 34 años. Lo que nos indica que el mayor porcentaje (74%) lo constituye adultos jóvenes.

CUADRO 2
ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	# DE CASOS	%
Solteros	13	26
Casados y Unidos	30	60
Separados	7	14
T o t a l	50	100

El 60% de los pacientes son casados y unidos, siguiéndole el grupo de los solteros. Respecto a los pacientes separados, 5 de ellos lo fueron después del accidente.

CUADRO 3
ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	# DE CASOS	%
Analfabetas	12	24
Educ. Primaria	26	52
Educ. Secundaria	7	14
Profesionales	5	10
T o t a l	50	100

Observamos alta incidencia de un bajo nivel cultural; Educación Primaria y Analfabetas. Quiero hacer mención que el grado cultural fue proporcional al grado de colaboración en las entrevistas. Los pacientes analfabetas en su mayoría, fueron un tanto reservados en sus opiniones respecto a la problemática sexual, no así el resto de grupos.

EXPERIENCIAS SEXUALES Y TIEMPO DESPUES DE OCURRIDA LA LESION

EXP. SEXUAL	TIEMPO DESPUES DE LA LESION				Total	%
	3-5 meses	6-11m	1-2 años	más de 2 años		
SI	6	20	4	-	30	60
NO	7	8	3	2	20	40
					50	100

El 60% de los pacientes estudiados refirieron haber tenido experiencias sexuales después del accidente. El 40% no, las causas se analizan en el siguiente cuadro. Respecto al tiempo, llama la atención que 6 casos tuvieron experiencias sexuales antes de los 6 meses (post accidente) tiempo en que no se ha recuperado totalmente la función sexual en la mayoría de pacientes según la literatura consultada. Sin embargo, 3 de ellos refirieron haber tenido relaciones sexuales más o menos aceptables. La mayoría de pacientes, tuvieron experiencias, de 6 a 11 meses después del accidente.

CUADRO 5

CAUSAS (PACIENTES QUE NO HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES DESPUES DE LA LESION)

CAUSAS	# DE CASOS	%
Solteros sin actividad sexual	5	25
Por temor (Post-traumatismo)	5	25
Por presentar complicaciones (especialmente úlceras)	10	50
T o t a l:	20	100

El mayor % de pacientes (50%) no han tenido experiencias de tipo sexual por complicaciones físicas. Las úlceras por presión son las complicaciones más frecuentes en el paciente. Con lesión medular. Es importante señalar la causa -"temor"- temor a no poder realizar el coito normalmente y temor a que esto les cause mayor problema físico. En el primer grupo (solteros) figuran pacientes muy jóvenes y pacientes con firmes creencias religiosas.

NIVEL DE LA LESION MEDULAR Y FUNCION SEXUAL: ERECCION

Nivel de la Lesión Medular	No. de casos	Erección			Total %
		No	%	Si	
C4 - C7	3	-	0	3	100
D1 - D8	11	2	18	9	81
D9 - D12	8	1	12.5	7	87
L1 - L2	6	1	16.5	5	83
L3 - L4	2	1	50	1	50
Total *2	30	5 (16.6%)	--	25 (83.3%)	---

*1 Los niveles de lesión medular están agrupados de acuerdo a características comunes fisiológicas de función sexual. *2 El % total es en relación al número total de casos, no a la suma de % por nivel, éste aparece en la última columna, con el fin de dar una idea de % por nivel de lesión y luego en relación al total.

En este cuadro observamos que el 83% de pacientes con lesión medular presentan erección y el 16.6% no la presentan. En relación a los niveles de lesión se puede decir que en lesiones altas hay mejor función, pues vemos que a nivel cervical (cuadríplejía) hay una incidencia de erección de 100%. Ahora bien el tipo de erección se analiza en el Cuadro siguiente. En el nivel dorsal que lo dividí en alto y bajo hay diferencia poco significativa indicándonos mayor % de erección en los niveles de D9 - D12 que en los D1 - D8. Donde el % desciende evidentemente es a niveles bajos o sea Lumbar 3 y 4. Pues el % es de 50%.

NIVEL DE LA LESION MEDULAR Y FUNCION SEXUAL:
TIPO DE ERECCION

Nivel de la lesión	Pctes. con erección	TIPO DE ERECCION					
		Esponánea refleja	%	Por contacto refleja	Psicogénica %		
C4 - C7	3	2	*1 66.6	3	100	0	0
D1 - D8	9	8	88.8	6	66.6	0	0
D9 - D12	7	5	71.4	5	71.4	2	28.5
L1 - L2	5	4	80	2	40	3	60
L3 - L4	1	0	0	1	100	1	100
Total *2	25 (100%)	19 (76%)	--	17 (68%)	---	6 (24%)	--

*1 = Estos son % por niveles de lesión, y debido a que un paciente puede presentar varios tipos de erección, los porcentajes por nivel no cuadran.

*2 Los porcentajes totales son de acuerdo al total de casos, y no a la suma de % por nivel.

Analizando este cuadro puedo decir que la mayoría de pacientes con lesión medular, presentan erecciones reflejas espontáneas y por contacto, siendo más frecuentes las primeras (76%)

Respecto a niveles de lesión, observamos que a nivel cervical se presenta el 100% de erecciones por contacto, así como a nivel L3-4, aunque su utilidad se describe en el siguiente cuadro. Las espontáneas tienen mayor incidencia a nivel D1-D8.

Respecto a las Psicogénicas, estas se presentan en un 24% de los pacientes incidiendo en niveles por debajo de D9, aumentando su frecuencia al descender el nivel.

UTILIDAD DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ERECCIÓN

Nivel de la lesión	Pctes. con erección	Erección no firme no duradera	%	Erección con duración mayor de lo NI.	%	Erección duradera	%	Total %
C4 - C7	3	1	33.3	-	-	2	66.6	100
D1 - D8	9	6	66.6	-	-	3	33.3	100
D9 - D12	7	3	42.8	3	42.8	1	14.2	100
L1 - L2	5	3	60	-	-	2	40	100
L3 - L4	1	1	100	-	-	0	0	100
Total *1	25 (100%)	14 (56%)	---	3 (12%)	-	8 (32%)	-	-

*1 = El % que aparece a la par de los totales de casos es en relación al total (25) no a la suma de % por nivel, esta aparece en la última columna. Con el fin de dar una idea de los porcentajes por nivel de lesión y del % global por número de casos.

Los tipos de erección, por contacto y Psicogénica, pueden ser o no de utilidad para efectuar el coito. Las erecciones espontáneas evidentemente no serían adecuadas. Por lo que en este cuadro se observa que el 56% de los pacientes van a presentar erecciones no firmes y no duraderas. Respecto a niveles, este tipo tiene su mayor frecuencia en L3-L4 (100%) siguiéndole el nivel D1-D8.

El 12% de los pacientes van a presentar una erección con duración mayor de lo NI. (esto lo comparan los pacientes en relación a antes y después de la lesión). Llama la atención que esto se presente, sólo a nivel de D9-D12 (42.2%). Por lo que estos pacientes van a tener mayores probabilidades, incluso mejores para la pareja que antes del accidente.

El 32% de pacientes, presentan una erección duradera, y su mayor Fx. es a nivel cervical (66.6%) siendo de 0 a nivel de L3-L4, por lo tanto sumando el 38% de pacientes con erección duradera y los 12% de pacientes con erección de duración mayor de lo NI. Se puede concluir diciendo que el 42% de los pacientes podrán tener relaciones sexuales más o menos aceptables.

CUADRO 9

NIVEL DE LA LESION MEDULAR Y FUNCION SEXUAL:
EYACULACION Y ORGASMO

Nivel de la lesión	Pctes. con erección	Eyacuación %	Orgasmo %
C4 - C7	3	1 33.3	0 0
D1 - D8	9	0 0	0 0
D9 - D12	7	2 28.5	2 28.5
L1 - L2	5	1 20	2 40
L3 - L4	1	0 0	0 0
Total	25 (100%)	4 (16%)	4 (16%)

El 16% de los pacientes que presentan erección, presentan Eyacuación, Llama la atención que un caso se presente a nivel alto. (C4-C7) para constituir un 33.3%. (dato corroborado por la esposa), aunque es dudoso desde el punto de vista fisiológico. El resto de casos se presentan en niveles de D9-L2. (Recordemos que es compatible por estar estas lesiones a nivel y por debajo - del lecho esplácnico).

Respecto a Orgasmo el % es el mismo, aunque hay variación en los niveles: No se presentó a nivel cervical, Dorsal alto ni Lumbar bajo. A nivel de (L1-L2) hubo un paciente que refiere presentar orgasmo sin eyacuación o sea de tipo mental.

CUADRO 10

SATISFACCION SEXUAL A LA PAREJA

Nivel de la lesión	# Pctes. con erección	Satisfacción Sexual a la pareja %
C4 - C7	3	2 66.6
D1 - D8	9	3 33.3
D9 - D12	7	4 57.1
L1 - L2	5	2 40
L3 - L4	1	0 0
Total	25 (100%)	11 (44%)

Observamos que el 44% de los pacientes podrán complacer a su pareja. Dándose el % mayor a nivel de C4-C7 siguiéndolo D9-D12 L1-L2 y los porcentajes menores en D1-D8 y L3-L4 don de este es 0.

ORIENTACION SEXUAL (NIVEL HOSPITALARIO)

# de casos	Pctes. que recibieron orientación sexual		Creen necesaria la orientación	
	#	%	Solo al Pcte. #	También a la pareja %
50	4	8	45	90
50	4	8	45	90

Observamos que solo el 8% de pacientes han recibido algún tipo de orientación sexual dentro del hospital, y ha sido a solicitud de los mismos, dado por diferentes personas - (médico, especialistas, psicólogas, etc.).

El 90% de los pacientes opinan que deben recibir orientación sexual pero solo ellos, - no a la esposa. Más adelante encontraremos algunas de las causas de esta situación. - (ver opiniones libres).

Solo el 10% desea que a la mujer o conviviente, se le imparta esta orientación.

OPINIONES LIBRES

(En este cuadro incluyo opiniones de los pacientes entrevistados, - respecto a la problemática sexual, y las relaciono con su nivel de vida)

- Cansancio mental y cefalea intensa durante las relaciones sexuales. (Pcte. con función sexual psicogénica) Operario.
- Dolor Lumbar y Dorsal. Operario.
- Interferencia durante la relación sexual con emisión de orina y en algunos casos de heces. Jornalero.
- Sin erección hay emisiones seminales y con erección no. Estudiante.
- Puede obtenerse "cierta satisfacción" pero incompleta, por lo que se reinicia constantemente juego amoroso (sin período resolutivo) que podría cansar a la pareja. Operario.
- "Es mejor mantener solo una relación amistosa, con la conviviente" Operario.
- Fingimiento de la fase orgásmica para estimular a la pareja, por lo que no cree conveniente la orientación a las esposas. Operario.

- Con excepción del no logro de la "emisión" lo demás se desarrolla sin problema, algunas veces. Jornalero.
- Se puede tener una vida sexual activa, pero influye mucho la forma mental de afrontar cada situación. Operario.
- Su conviviente ha entendido que él necesita mayor estímulo y comprensión que antes del accidente. Piloto automovilístico.
- De hecho tendrá que darse la infidelidad. Comerciante.
- Influye grado de amor recíproco, para mantener una relación armoniosa y lograr que la satisfacción mental, compense la física. Profesional.
- "No veo ninguna solución al respecto". Jornalero.
- Influye mucho la participación activa de la mujer. Profesional.
- Mi esposa no es exigente en cuanto a lo sexual, y no ve mayor diferencia. Jornalero.
- Influye uso del preludio amoroso y métodos "extras" Piloto automovilístico.

- El tener espiritualidad y pensar que no somos solo seres físicos, ayuda a aceptar la situación. Comerciante.
- Mantiene relación de hermandad con su esposa. Operario.
- Dentro de la búsqueda de soluciones al problema sexual, un paciente indicó que ha usado prótesis o miembro genital artificial, por 10 años, lo cual lo ha ayudado a sentirse seguro y evitarse frustraciones. Cree que es la mejor solución. Profesional.
- "Esta experiencia, me sacó del egoísmo (propio del hombre), y me hizo descubrir nuevas formas de dar: pequeñas cosas o detalles que agradan a la pareja, el hecho de hacerla sentir querida, el brindarle ternura, incluso descubrir zonas de estímulo físico (erógenas) que antes lo pasaba desapercibido en su pareja, todo combinado para lograr satisfacción. Profesional.

Con estas opiniones podemos ver panorámicamente la problemática sexual del paciente con Lesión Medular, y las diferentes formas de afrontamiento a la misma, de acuerdo a su situación cultural y socio-económica. Se mencionan efectos secundarios físicos y psíquicos, debido a la lesión nerviosa existente.- Algunos pacientes tratan de compensar su problemática usando mecanismos por ej.: de sublimación (ver última opinión) la cual es bastante interesante; y otros no ven ninguna solución. Influye el que se tenga o no la posibilidad de realizar el coito (aún sin sensibilidad) y la forma de afrontar el problema, la participación de la pareja, grado de amor recíproco, aspectos religiosos.

O sea que los factores influyentes son múltiples. Es notoria la influencia del factor cultural, pues opiniones como "que la esposa no ve diferencia" se dieron más en pacientes con factor cultural y medio de vida bajo, lo cual podría ser que aún antes de la lesión la conviviente no experimentara satisfacción, como sucede comunmente en estos ambientes. Por otra parte no se buscan caminos o soluciones, por lo que el conformismo podría ayudar en la aceptación del problema. Sin embargo, en diferente nivel cultural hay búsqueda de caminos, aunque la conviviente exigirá más, y ello podría aumentar el problema.

7. CONCLUSIONES

1. El 74% de los pacientes con Lesión Medular, estudiados, son jóvenes, y en su mayoría casados o unidos, por lo que la problemática sexual, va a tener mayor repercusión en su vida futura.
2. Existe alta incidencia de nivel socioeducativo bajo (76%)
3. El 60% de los pacientes ha tenido algún tipo de experiencia sexual principalmente entre los 6 y 11 meses después de ocurrida la lesión.
4. De los pacientes que han tenido experiencias sexuales, el 16.6% no presenta ningún tipo de erección. De los 83.3% que presentan erección el 44% podrá tener relaciones sexuales y complacer a su pareja.
5. Los tipos de erecciones encontradas fueron: reflejas espontáneas: 76% reflejas por contacto 68% y psicogénicas 24%. Las reflejas se presentan con mayor frecuencia en niveles cervicales y dorsales y las psicogénicas, por debajo de D9.
6. Entre más alto el nivel de lesión mayores probabilidades de función sexual en lo que se relaciona a Erección.
7. El 12.0% de los pacientes refirió tener erecciones más duraderas de lo NI. presentándose estos casos en niveles de lesión D9-D12, por lo que es el grupo que podrá complacer en mejor forma a su pareja. El 56% de los pacientes van a presentar erecciones poco firmes y de poca duración por lo que no lograrán mantener una relación sexual adecuada.

8. El 12% de los pacientes refirieron tener Eyaculación, la que se presentó en niveles de lesión por debajo de D9, con excepción del nivel L3-4.
9. El 16% de los pacientes presentan Orgasmo, con niveles de lesión similares a los de Eyaculación.
10. El 92% de los pacientes entrevistados, refirieron que no recibieron ningún tipo de orientación sexual dentro del hospital, y el resto 8%, la solicitó, por presentar dudas. No existe pues, un patrón de información al respecto.
11. En los expedientes clínicos, no están registrados los exámenes neurológicos de la región perineal para pronóstico de la función sexual.

8. RECOMENDACIONES

1. Continuar las investigaciones sobre Función Sexual del paciente con Lesión Medular.
2. Registrar en el expediente clínico, los exámenes neurológicos de la región perineal, y que sea sistemático, para todo paciente que ingrese con el Dx. ya descrito, para poder realizar un pronóstico de la función sexual.
3. Crear un programa de Reeducción Sexual para el paciente con Lesión Medular y su pareja, a nivel individual principalmente y en el que participen los diferentes miembros del equipo rehabilitativo, tomando en cuenta:
 - a) Características fisiológicas y niveles de lesión.
 - b) Características psicológicas y socioculturales de los pacientes y esposas.
 - c) Algunas de las opiniones vertidas por el propio paciente en este estudio.
4. Realizar entrevistas sistemáticas a las convivientes o esposas de los pacientes investigando Función Sexual, para poder brindarles orientación específica.

9. ANEXO

A continuación propongo una guía esquemática para elaborar un Programa de Reeducción u orientación sexual, para el paciente con Lesión Medular y su pareja, a nivel individual y con la participación de los diferentes miembros del equipo rehabilitativo.

Médico especialista: Realiza al ingreso del paciente examen neurológico de la región perineal con registro de los datos en el expediente.

Enfermera Jefe: Lleva control de la fase rehabilitativa - del paciente y cuando éste complete su reeducación vesical e intestinal lo pasa con el médico especialista responsable - de la reeducación sexual.

Psicología: Previamente de que el paciente pase con el médico, psicología entrevistará al paciente para conocer su problemática sexual y la forma de afrontarla. Ya que estas anotaciones por su carácter privado no deben figurar en el expediente, creo que podrían incluirse en un archivo especial en la clínica de orientación, para guía del médico.

Médico especialista: En base a la información física y psicológica (Urólogo-fisiatra) dará información general que pueda ayudar al paciente.

Servicio Social:

Citará a las esposas o convivientes de los pacientes para la clínica psicológica, donde se les darán pautas respecto al nuevo papel a desempeñar y la forma de readaptación de ambos.

Aparte de la orientación a nivel individual se podrían dar pláticas por grupos o bien proyecciones audiovisuales mensualmente.

9.1 ANEXO:

Boleta Guía para la Entrevista individual a los pacientes en estudio:

1. No. del entrevistado.
2. Estado Civil
3. Edad
4. Ha tenido experiencias sexuales después de su accidente?
Si No Tiempo transcurrido
5. Ha notado diferencia en su actividad sexual después de su accidente?
Si No Por qué
6. Considera usted que por su afección actual es preferible no tener relaciones sexuales?
7. Ha presentado erecciones?
De que tipo: por contacto o de manera espontánea (por estímulos diversos), Mental?
8. Ha presentado eyaculación?
9. Presenta Orgasmo?
Tipo: Mental? Por contacto físico?
10. Cree que puede complacer a su pareja?
11. Observaciones. (opiniones libres).
12. Ha recibido dentro del Hospital orientación sexual?
13. Cree conveniente la orientación sexual hospitalaria?
Solo a usted? A su pareja?

9.2 ANEXO

Boleta Guía para obtención de datos de los expedientes médicos de los pacientes estudiados

1. # del entrevistado
2. Escolaridad
3. # de hijos
4. Dx.
5. Nivel de la lesión
6. Tiempo de estancia hospitalaria
7. Complicaciones que presenta
8. Fase del proceso Rehabilitativo en que se encuentra.
9. Tipo de examen neurológico efectuado.

9.3 ANEXO.

Boleta Guía para obtención de datos en la Entrevista a las convivientes o esposas de los pacientes en estudio.

1. # de la entrevistada.
2. Edad
3. Estado Civil
4. Escolaridad
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales con su esposo después del accidente?
Si No
6. ¿Ha notado diferencia en la actividad sexual de su esposo después del accidente?
Si No Por qué
7. Considera que debido a la afección que presenta su esposo es preferible no tener relaciones sexuales
Si No Por qué
8. Presenta erección su cónyuge.
Tipo: Espontánea o por contacto
9. Ha presentado eyaculación
10. La satisface sexualmente?
Por el acto sexual en sí?
Por métodos extragenitales
11. Observaciones:

10. BIBLIOGRAFIA

1. Comarr Estin and Gunderson Bernice. Sexual function in traumatic Paraplegia and cuadriplegia. American Journal of Nursing. Vol. 75 Number 2 Feb. 1975.
2. Comarr Estin. Curso Monográfico sobre la rehabilitación del Parapléjico. Dictado en México en 1973.
3. Crewe Nancy M, Gary Ph Dt, Athelstan Ph D, Krumberger John: A comparison of preinjury and Postinjury Marriages. Spinal Cord Injury. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. Vol 60, june 1979 252-256.
4. Cash E. Joan. Paraplejía. Manual de Fisioterapia. 1970.
5. Guyton C. Arthur: Funciones reproductoras del varón y hormonas sexuales masculinas. Fisiología médica. 1,971.
6. Geer H. James: Direct Measurement of genital Respondig. American Psychologist. Vol. 30 1975. 414-417.
7. Iñiguez Arana R, Rebollo María A. Neuroanatomía. 1,979.
8. Koning Frederik. Educación e Higiene Sexual. 1970.
9. Krusen F. H, Kottke F.J, Ellwood J.R. Medicina Física y Rehabilitación. Salvat 1974.
10. Lickhart R D, Hamilton GF, Fyfe FW. Anatomía Humana, 1965.

11. Masters William H, Johnson E Virginia. Respuesta Sexual Humana. 1, 978.
12. Netter Frankh: Nervous System. The Ciba Collection of Medical Illustrations. Volume 1. 1972.
13. Ochaita Gomar Jorge. Veinte años de experiencia en la Rehabilitación del Parapléjico, en el Hospital de Rehabilitación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. - Sep. 1980.
14. Taylor R.W.: Normal Sexual Response. Aspects of Sexual Medicine. British Medical Journal. Vol. 2 June 7 1975. 543-545.
15. Webb Samuel B. Jr., Dr. Berzins Evarist Ph, Wingardner Thomas, MPH, Lorenzi Elisabeth, MPH, Espinal Cord - Injury. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. Vol. 60, june 1979. 252-256.
16. Walker Kenneth. Fisiología del sexo. 1970.

Br. *Marta Leticia Castellanos Peralta*
 Marta Leticia Castellanos Peralta

Luis Alfonso Méndez Martínez
 Asesor.
 Luis Alfonso Méndez Martínez

Dr. *Miguel Ángel Aguilera Pérez*
 Revisor.
 Miguel Ángel Aguilera Pérez

Carlos Waldheim C.
 Director de Fase III
 Carlos Waldheim C.

Dr. *Jaime Gómez Ortega*
 Secretario

Dr. *Carlos Waldheim*
 Decano.