

Sexualidad y fertilidad en la mujer con una enfermedad neurológica



Dalia Rodríguez
Ginecóloga

Salud de la mujer Dexeus
e Institut Guttmann

Las enfermedades neurológicas, tanto en los hombres como en las mujeres, alteran frecuentemente la respuesta sexual, y muchos de los pacientes, tras el diagnóstico, consideran su pérdida en la esfera sexual como una de las consecuencias más importantes y devastadoras.

En el siguiente artículo abordaremos algunos aspectos relacionados con la salud ginecológica y sexual de la mujer con una discapacidad de origen neurológico.



Joan Vidal
Director Docente
Institut Guttmann

Son muchas las patologías relacionadas con el daño cerebral adquirido y la lesión medular que pueden tener consecuencias graves en el campo de la sexualidad y fertilidad de la mujer y que pueden al-

terar diferentes funciones relacionadas con este apartado: lesiones traumáticas (TCE, LM), esclerosis múltiple, ictus, epilepsia, Parkinson, etc.

El trastorno neurológico puede cambiar la respuesta a estímulos sexuales, alterar las fases de la respuesta sexual humana, disminuir o aumentar el deseo o reducir la congestión genital. Asimismo, en algunos casos la ingurgitación o

los orgasmos espontáneos pueden desencadenar fenómenos epilépticos u otras alteraciones significativas. Esto puede entenderse si uno se da cuenta de la importancia del Sistema Nervioso Central (SNC), que forma una serie de estructuras que controlan la mayoría de las funciones de nuestro cuerpo, como los movimientos voluntarios, la función miccional, la función digestiva, la regulación de la temperatura, la circulación, la respiración y la función sexual, que, en el caso de la mujer, puede ser causa de graves alteraciones en la esfera sexual y en el campo de la fertilidad.

Progresivamente, con los avances médicos-quirúrgicos y rehabilitadores que han permitido mejorar sustancialmente su calidad de vida, las personas con una discapacidad han podido dejar de ser consideradas enfermas para pasar a ser consideradas ciudadanos con derechos y obligaciones, a pesar de unas secuelas que pueden limitar, según los casos, sus funciones psíquicas, motoras o sensoriales.

Las nuevas técnicas de fertilización y de reproducción asistida, el mejor conoci-

miento de los mecanismos neurofisiológicos que regulan la respuesta sexual, la aparición de nuevos fármacos, los avances electrónicos y técnicas microquirúrgicas, así como estudios sobre los factores cognitivos y emocionales, son algunas de las prometedoras vías de solución para muchos de los problemas que afectan a la población femenina con algún tipo de discapacidad neurológica.

El placer sexual asociado a la estimulación cerebral

El sexo, como muchas funciones empieza en el cerebro. Una serie de experimentos humanos a principios de la década de los 60 midió el placer sexual en asociación con la estimulación cerebral profunda de los llamados sitios de recompensa, como la amígdala, a nivel mesence-

fálico, etc., y desde el año 2000 la RMN funcional (fMRI) ha corroborado que estas y otras regiones del cerebro se activan durante la respuesta sexual.

En personas sexualmente sanas, determinadas imágenes eróticas activan regiones límbicas y paralímbicas, y determinadas áreas parietales (entre otras) pueden modular respuestas emocionales y respuestas motoras relacionada con aspectos de la sexualidad. Asimismo, existen otras regiones inhibitorias específicas que pueden desactivar tales respuestas.

A todo ello, hay que considerar la acción de los nervios autónomos que conectan el SNC con los genitales.

Cualquier enfermedad o traumatismo que altere esta inervación provocará graves consecuencias en la sexualidad y la fertilidad.

En caso de daño cerebral adquirido

Cualquiera de las áreas cerebrales que se activan durante la respuesta sexual son susceptibles de verse afectadas tras un traumatismo craneoencefálico (TCE) o un ictus.

Las alteraciones sobre la esfera sexual en el caso del TCE dependen tanto de la cantidad de tejido cerebral como de la localización destruida. Por ejemplo, lesiones que afecten a regiones prefrontales generan apatía con hiposexualidad o, menos habitual, desinhibición con hipersexualidad.



Existen factores importantes que pueden influir negativamente sobre la sexualidad, como una baja autoestima, la ansiedad y la depresión. La depresión sigue siendo el factor predictor más sensible relacionado con la sexualidad en pacientes con daño cerebral.

En caso de ictus

Varios estudios observacionales sugieren que la frecuencia y gravedad de las alteraciones sexuales después de un ictus son similares a aquellos que se producen después de un TCE. De entrada, los efectos motores de un ictus influirán directamente en aspectos como la postura y los movimientos durante el sexo. Las dificultades habituales que podremos ver muchas veces son el exceso de salivación, la incontinencia y otros comportamientos potencialmente poco atractivos y poco estimulantes.

Los factores psicosociales y la depresión influirán directamente sobre los aspectos de la sexualidad en general.

En un estudio publicado sobre pacientes, se describe que casi el 63% de los hombres y el 43% de las mujeres redujeron notablemente el número de relaciones sexuales tras un ictus, así como la frecuencia de orgasmos y

la satisfacción sexual, a pesar de la buena recuperación funcional tras un programa rehabilitador.

En caso de la enfermedad de Parkinson

La disfunción sexual es una característica específica de la enfermedad de Parkinson que no está en absoluto resuelta.

Las encuestas de los diferentes cuestionarios utilizados habitualmente en estos pacientes han demostrado que la insatisfacción, tanto en hombres como en mujeres con enfermedad de Parkinson, es muy habitual, y que los principales factores determinantes son la edad, la gravedad de la enfermedad y la depresión asociada.

En caso de lesión medular

El principal problema para una mujer cuando sufre una lesión medular es saber si podrá sentir y apreciar igual que antes de la instauración de la lesión. Indudablemente, esto dependerá no solo del nivel de lesión, sino del grado de severidad de la lesión (lesión completa o incompleta). Las consecuencias de la LM sobre la sexualidad, además, dependerán de muchas otras circunstancias, como las vivencias previas a la lesión.

gracare
Desde 1991 ajudant a les persones

Serveis d'adaptació de productes
Serveis d'assistència tècnica

Línea infantil: Cadires de rodes, caminadors, troncs...

Ajudes per a les activitats esportives
Molts altres productes al teu abast

25 ANYS al teu costat

WWW.FAYOSCREATIVOS.COM

C/Entença 165, 08029 Barcelona · T. 934 902 629 / Av. Jacquard 64 08222 Terrassa · T. 937 362 549 / info@gracare.com · www.gracare.com

De todas formas, debemos tener en cuenta que cualquiera que sea el nivel de lesión, una vez superada esta fase inicial, y establecidos los reajustes tanto psíquicos como físicos en la lesionada medular, el deseo (la libido) de tener relaciones sexuales continua en consonancia con la edad de la mujer y sus tendencias, apetencias y actividades antes de la lesión medular.

La capacidad de obtener un orgasmo dependerá también del nivel y gravedad de la lesión. En lesiones incompletas puede darse con más o menos dificultad el orgasmo, en lesiones completas, es más difícil, si bien algunos autores han descrito que las mujeres con una lesión medular completa pueden experimentar sensaciones denominadas paraorgasmos, que serían respuestas sexuales diferentes, en algunos casos satisfactorias, en otros casos incluso causantes de dolor, espasticidad o episodios de disrreflexia neurovegetativa.

En caso de esclerosis múltiple

La mayoría de las mujeres con esclerosis múltiple refieren tener relaciones sexuales disfuncionales, cuya incidencia aumenta con la discapacidad en general. En estudios de revisión sobre mujeres diagnosticadas de esta enfermedad desmielinizante, un 33% informó de la pérdida de orgasmo, un 27% de pérdida de la libido, y un 12% referían un aumento de la espasticidad durante la actividad sexual.

Aspectos ginecológicos y otros relacionados con la esfera reproductiva

La función reproductora de la mujer afectada por una enfermedad neurológica, en general, no suele verse alterada.

En el caso de las lesiones del SNC traumáticas, suelen padecer una amenorrea (supresión de la menstruación) postraumática, que puede durar entre 3 y 9 meses, y en ocasiones hasta 1 año, pero en la mayoría de los casos pueden reanudar su función ovulatoria normal.

Tal como se ha comentado con anterioridad, la esfera psicosexual sí que se ve afectada, y son varios los aspectos



que pueden influir en ello: la falta de control de los esfínteres, la disminución de la sensibilidad, la disminución del deseo sexual, etc.

Cualquier mujer con deseo gestacional, y más aún la paciente que presenta una discapacidad de origen neurológico, debe acudir a una VISITA PRECONCEPCIONAL con un obstetra que haga un seguimiento de gestaciones consideradas de alto riesgo, en donde se realizará una valoración exhaustiva de su patología de base y una revisión de la medicación que está tomando, ya que habrá medicamentos que pueden influir en el desarrollo correcto del embarazo (teratogénicos). Además, se le deberá recomendar la toma de ácido fólico, los suplementos de yodo como prevención de disfunción tiroidea y la ingesta de calcio y vitamina D.

El embarazo debe ser llevado por una unidad de alto riesgo, ya que tiene mayor tasa de complicaciones, aunque, afortunadamente, puede transcurrir, en la mayoría de los casos, como un embarazo normal.

En cuanto al PARTO PRETÉRMINO: el 30-40% de las pacientes con una lesión medular pueden padecer complicaciones, como infecciones de orina, úlceras por presión, y anemia por las infecciones crónicas. En estas mujeres, el bajo peso del feto al nacer y la prematuridad se multiplican por dos.

“El trastorno neurológico puede cambiar la respuesta a estímulos sexuales, alterar las fases de la respuesta sexual humana, disminuir o aumentar el deseo o reducir la congestión genital”

La complicación más grave en pacientes gestantes con lesiones medulares altas (por encima de T5), es la disrreflexia neurovegetativa, que puede conllevar riesgo vital.

En cuanto a la vía del parto, hay que tener claro que la lesión medular no es una indicación *per se* de cesárea, pero, sobre todo si la lesión ha sido traumática, debemos valorar la posibilidad de que exista una desproporción pélvica, que aconseje optar por la cesárea.

Para concluir, podemos decir que cualquier mujer que tenga una lesión

traumática o enfermedad neurológica puede quedar gestante, ya que su fertilidad no va a depender de la lesión, y que su embarazo deberá ser seguido por una unidad especializada.

Qué nos depara el futuro

Estamos a la espera de nuevos estudios con resonancia magnética funcional (fRMN) en patrones de activación e inhibición asociada con la respuesta sexual en personas con problemas neurológicos y trastornos neuropsiquiátricos, para que podamos compararlos con personas sin afectación neurológica.

Necesitamos conocer más sobre aspectos de la neurotransmisión en la respuesta sexual, lo que podría permitir algunos tratamientos farmacológicos de las disfunciones sexuales. Nuestros pacientes se beneficiarán cuando nosotros, como profesionales de la salud, reconozcamos que el manejo de la sexualidad y fertilidad en las mujeres con enfermedades neurológicas son una parte importantísima del abordaje integral en los hospitales o servicios especializados en neurorrehabilitación.

