

SUMARIO

- 2** El paciente diabético y la Baja Visión
- 3** Un respiro contra las migrañas
- 4** Salud vaginal en la menopausia: síndrome genitourinario
- 6** Anticonceptivos de urgencia: eficacia e indicaciones
- 8** La importancia de la exploración en la patología mamaria
- 9** Cáncer de mama y estilo de vida
- 10** Obesidad y embarazo
- 11** Tabaco y gestación
- 12** Náuseas y vómitos en la gestación
- 13** Embarazo ectópico: definición, tipos y manejo
- 14** Amenaza parto prematuro
- 15** Depresión postparto
- 16** Estoy embarazada, ¿puedo hacer deporte?
- 17** ¿Puede la vacuna del COVID alterar mi menstruación?
- 18** Me han diagnosticado liquen escleroatrófico vulvar...
- 19** Principales complicaciones de la lactancia materna
- 20** La nutrición durante la gestación
- 21** Patología del suelo pélvico: incontinencia urinaria
- 22** Patología del suelo pélvico: prolapso de órganos pélvicos
- 23** La puerta verde de Panticosa
- 24** Oferta de Publicidad 2022

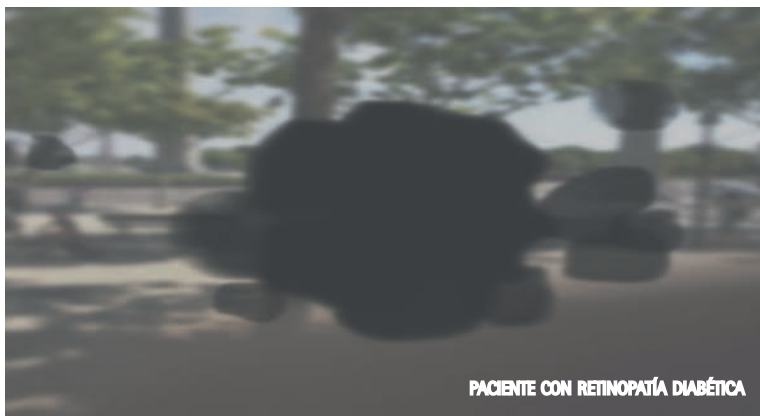


EJEMPLAR GRATUITO

Para recibir el pdf de la revista:
zonahospitalaria.com/suscripciones



El paciente diabético y la Baja Visión



PACIENTE CON RETINOPATÍA DIABÉTICA

Ángel Yanguas Alfaro y Silvia de la Llama Celis
Optometristas especialistas en Baja Visión de Yanguas Ópticos
Pº María Agustín, 113 (Pza. Europa) | 50003 Zaragoza
T. 976 443 995 |  618 701 844 (Ángel y Silvia)

**YANGUAS
ÓPTICOS**

www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

La Diabetes es una enfermedad que afecta al 13.8 % de la población, entre 5 y 6 millones de españoles.

El edema macular diabético es la principal pérdida de agudeza visual en el paciente con diabetes.

El 98% de los diabéticos tipo 1, tienen algún signo de retinopatía diabética a los 25 años de evolución de la enfermedad y el 63% de los diabéticos Tipo 2 tienen algún signo de retinopatía diabética a los 20 años de evolución. Es muy importante que esta parte de la población tenga controles oftalmológicos periódicos.

La Retinopatía Diabética y el Edema Macular Diabético

Son enfermedades oculares que producen un gran deterioro de la **visión central**, alteración de la visión del color y del contraste, de tal forma que se ven afectadas las actividades de la vida diaria, leer, escribir, usar el ordenador, utilizar tabletas, ver TV, conducir, etc.

La dificultad para realizar estas actividades disminuye la calidad de vida y la independencia del paciente, lo que unido en muchos casos a una edad avanzada, un deterioro cognitivo y otras enfermedades hace que constituya un grave problema socio-sanitario en la actualidad y en un futuro inmediato.

En **Yanguas Ópticos** somos Optometristas Especialistas en Baja Visión y Rehabilitación Visual, pertenecemos a la SEEBV (Sociedad Española de Especialistas en Baja Visión y R.V) Cuando un paciente con Retinopatía Diabética ha sido diagnosticado y tratado por el oftalmólogo, y sufre una pérdida de visión, los optometristas especialistas en Baja Visión, realizamos un protocolo de exámenes que

nos permitan el máximo aprovechamiento del resto visual útil del paciente, con el fin de mejorar su calidad de vida y su independencia personal.

Ampliación de la imagen

En la Retinopatía Diabética y en el Edema Macular Diabético, debemos proporcionar al paciente entre otras una ampliación de la imagen.

Una vez realizada la valoración del resto visual, el aumento lo podemos conseguir utilizando una ayuda óptica, bien sea una lupa con el aumento necesario, un microscopio (gafas para cerca), un telescopio montado en gafa, o un dispositivo electrónico.

La elección de cada tipo de ayuda depende del tipo de paciente, sus necesidades personales y el asesoramiento y prescripción del optometrista.



FOTO CEDIDA POR VISIÓN FRÁGIL

AYUDA VISUAL PARA CERCA CON AUMENTOS Y LUZ PARA AUMENTAR EL CONTRASTE

Además de las ayudas visuales es muy importante controlar el **deslumbramiento**, mediante el uso de filtros de corte selectivo que favorezcan el contraste y la percepción de la imagen.

Un filtro selectivo sirve para, disminuir la fo-

tofobia, mejorar la adaptación al pasar de luz-oscuridad, conseguir mayor confort visual...

El filtro selectivo en **Yanguas Ópticos**, siempre es personalizado para cada paciente. No hay personas iguales aunque tengan la misma enfermedad. Para ello, se realizan varias pruebas de filtros en diferentes condiciones de iluminación.

Algunos de nuestros pacientes realizan comentarios como:

- Me quedo a oscuras al entrar a un edificio.
- Los días nublados me molesta incluso más la luz.
- Al anochecer o amanecer encuentro que veo mucho peor.

En la Diabetes Mellitus, la principal causa de pérdida de visión es el Edema macular que produce una reducción significativa de la agudeza visual en la línea de mirada (visión central), limita la visión del color y la sensibilidad al contraste.

Es muy importante que el paciente comprenda que no existe una ayuda visual universal que sirva "para todo", necesitará diferentes prescripciones para cada tarea. Estas ayudas le harán mejorar su calidad de vida de modo satisfactorio.

Desde **Yanguas Ópticos** recomendamos realizar controles periódicos. Mediante la detección precoz, se puede identificar de manera temprana patologías de la retina, esto permite una intervención por parte del oftalmólogo antes que la enfermedad avance.

Si su visión le limita para realizar alguna tarea cotidiana no dude en visitar nuestro centro.

Un respiro contra las migrañas

Se calcula que en España padecen esta patología alrededor de 5 millones de personas, lo que supone un 13% de la población total. De estos 5 millones de personas, un 70% sufren migraña incapacitante grave, lo que les hace permanecer en reposo mientras dura la crisis de migrañas. Es más frecuente en mujeres que en hombres y su primera aparición se produce entre los 10 y los 45 años.

¿Qué es la migraña?

La revista AMF (Actualización en Medicina de Familia), de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, describe la migraña como episodios recurrentes de cefalea hem Craneal, con frecuencia pulsátil, y se acompañan al menos de uno de estos síntomas: náuseas, vómitos, fonofobia y fotofobia. El dolor aumenta con el ejercicio físico y se alivia con el sueño. Es uno de los motivos neurológicos de consulta más frecuente, con gran repercusión sobre la calidad de vida del paciente. No es de extrañar, con estos datos, que la OMS (Organización Mundial de la Salud) considere la migraña como una enfermedad discapacitante.

¿Cuándo está indicado el tratamiento con oxigenación hiperbárica?

Al igual que en otras enfermedades, hay que destacar la importancia de un buen diagnóstico y seguimiento por parte del equipo de atención primaria y especialista en neurología, para rea-

lizar un tratamiento correcto, individualizado y conseguir un control óptimo del dolor.

Las opciones de tratamiento agudo, de rescate para las crisis y/o preventivo son muy amplias. Los tratamientos más habituales para tratar la migraña son analgésicos orales, antiinflamatorios, la familia de los triptanes y también, medidas no farmacológicas. En estas medidas no farmacológicas, es muy importante identificar y modificar los factores desencadenantes de las crisis de migraña (estrés, menstruación, café u otros alimentos...) y asociarlos a un estilo de vida saludable. Pero, a pesar de esto, un porcentaje elevado de pacientes con migraña no siente la mejoría suficiente con estos tratamientos y padecen migrañas resistentes. Por eso hay que buscar más opciones terapéuticas y aquí debemos contar con la medicina hiperbárica.

¿Cómo es el tratamiento con oxigenoterapia hiperbárica?

En Navarra contamos con la primera y única cámara hiperbárica avalada por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica, en el centro OXIEN.

El tratamiento comienza con una consulta de la Dra. Lozano donde se realiza una valoración del paciente. La Dra. establece entonces el número de sesiones necesarias y la presión a la que se deberá trabajar para que el paciente encuentre una mejoría tanto a corto como a largo plazo.

El Dr. M. Salvador, experto en medicina hi-

perbárica y vicepresidente de la Asociación Española de Medicina Hiperbárica y Subacuática, nos explica que *"a partir de la primera semana de tratamiento con oxígeno hiperbárico, el paciente ya experimenta una mejoría de la intensidad y frecuencia de las crisis de migraña y su efecto analgésico perdura varios meses"*.

No obstante, dichas sesiones terapéuticas deben ser coordinadas con otros tratamientos integrativos para tratar la migraña de manera interdisciplinar. Las sesiones, cabe destacar, son cómodas y reconfortantes para el paciente. El oxígeno medicinal como medicamento a una presión más elevada, consigue aumentar la dosis de oxígeno en nuestro organismo y así lograr un efecto desinflamatorio en el sistema nervioso central reduciendo la dilatación de los vasos sanguíneos.

Beneficios del tratamiento para la migraña con cámara hiperbárica

- Aumenta el aporte de tejido isquémico.
- Optimiza la circulación cerebral.
- Reduce la presión intracraneal.
- Disminuye el edema cerebral.
- Estabiliza la acción hemato – encefálica.
- Beneficia la vasoconstricción.

El tratamiento para la migraña con cámara hiperbárica puede marcar la diferencia en los pacientes, ya que a través de la oxigenoterapia es posible disminuir síntomas y episodios a favor de nuestro bienestar integral.



C/Madres de la Plaza de Mayo 16, Nuevo Artica. Navarra | 948 06 80 80 | www.oxien.es

OXIEN
MEDICINA HIPERBÁRICA
DRA. CRISTINA LOZANO

Primer y único centro navarro avalado por la Sociedad Española de Medicina Hiperbárica (SEMH).

Trabajo con pacientes a nivel privado y público.
(dentro de la oferta asistencial de la Seguridad Social)

Escanea el QR con tu móvil y conoce todos nuestros tratamientos!



Salud vaginal en la menopausia: síndrome genitourinario

Ligia Gil Melgosa, Marta Benito Vielba, Cristina Luna Álvarez, Marta Castellá Segarra, Victoria Pallarés Arnal y Verónica Gómez García.
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Barbastro

El tracto genital femenino es muy sensible a la disminución de hormonas, estrógenos y andrógenos que ocurre durante la menopausia. Las pacientes refieren un conjunto de síntomas relacionados, aquejando sequedad, ardor, irritación, falta de lubricación y dispareunia; así como síntomas urinarios de urgencia, disuria e infecciones urinarias de repetición.

Llamamos síndrome genitourinario de la menopausia al conjunto de síntomas y signos relacionados con la deficiencia de estrógenos que implican a la vagina, la vulva, las vías urinarias y el suelo pélvico.

Según la Asociación Española para el estudio de la menopausia, hasta un 90% de las mujeres posmenopáusicas sufren síndrome genitourinario en España, aunque sólo un 25% consultan al especialista por este motivo. Los síntomas suelen aparecer a los cuatro o cinco años de comenzar la menopausia y afectan negativamente a la salud en general a la sexualidad y a la calidad de vida.

Fisiología del síndrome genitourinario

La disminución de hormonas sexuales provoca cambios anatómicos, fisiológicos y funcionales en el área vulvovaginal y el tracto urinario. Las funciones de los estrógenos en la vagina son las siguientes:

- Estimulan la renovación del epitelio.
- Facilitan que el líquido trasudado producido en la lámina propia pase al epitelio.
- Actúan sobre las fibras elásticas de la capa muscular.
- Actúan sobre la adventicia, que contiene colágeno y fibras elásticas.
- Regulan el PH vaginal regulando la síntesis de glucógeno e impidiendo que crezcan microorganismos oportunistas.

Los andrógenos tienen una función complementaria a los estrógenos, aumentando el crecimiento celular, la producción de mucina, el recambio del colágeno, favorecen el aumento de la perfusión y la síntesis de neurotransmisores.

Al disminuir estas hormonas se pierde espesor y elasticidad del epitelio. Se pierden las rugosidades características del epitelio genital y disminuye la distensibilidad. Aumenta el PH vaginal produciéndose cambios en la microbiota, favoreciéndose las infecciones oportunistas.

Clínica y diagnóstico

Los síntomas más frecuentes son la sequedad y la dispareunia. Las pacientes presentan dolor, prurito, sensación de ardor. Las pacientes refieren en numerosas ocasiones incontinencia urinaria y problemas relacionados con el tracto urinario.

El diagnóstico es clínico. Se objetiva a la exploración una disminución de las rugosidades vaginales y una reducción del flujo sanguíneo, resultando una apariencia pálida. Se adelgaza la mucosa cervical vaginal y vulvar, haciéndose más susceptibles a lesionarse. En algún caso se evidencian petequias o signos de inflamación. El aumento del PH puede ser responsable de infecciones vaginales. En pacientes sexualmente inactivas la atrofia vaginal severa puede resultar en un estrechamiento, acortamiento e incluso obliteración de la vagina.

Muchas pacientes no consultan, considerando que los síntomas que padecen son normales a su edad, por lo que es importante la actitud proactiva del profesional, realizando una anamnesis completa e investigando sobre los síntomas mencionados con el objetivo de no retrasar el diagnóstico.

Tratamiento

En primer lugar, se debe promover un estilo de vida saludable; dieta equilibrada, reducir el consumo de alcohol, realizar ejercicio moderado y ejercicios de suelo pélvico y mantener la actividad sexual. El tabaco se asocia al déficit estrogénico por lo que favorecerá la atrofia. En mujeres con síntomas leves se recomiendan lubricantes e hidratantes vaginales. También son recomendables en aquellas mujeres que no desean o no pueden usar tratamientos



hormonales. Los hidratantes vaginales mantienen la humedad y la acidez de la vagina, los lubricantes serán útiles para facilitar las relaciones sexuales, preferiblemente aquellos que tienen base acuosa.

Los probióticos vaginales son útiles como tratamiento coadyuvante para las infecciones vaginales de repetición. Mantendrán el equilibrio de la microbiota vaginal y un PH adecuado. Cuando los tratamientos anteriores no suponen una mejoría suficiente, los estrógenos locales se consideran el tratamiento de elección.

Restablecen con rapidez el epitelio, aumentan la vascularización, la elasticidad, el grosor y las secreciones vaginales. Alivian los síntomas

vulvovaginales y mejoran los síntomas urinarios. El tratamiento estrogénico sistémico se indicará si además de síntomas genitourinario existen otros síntomas menopaúsicos que afecten seriamente a la calidad de vida. El tratamiento hormonal estará contraindicado en pacientes que hayan padecido o padezcan cáncer hormonodependiente.

La prasterona es un precursor hormonal de testosterona y estradiol y está indicada como tratamiento de primera línea en mujeres con síntomas moderados e intensos. Su mecanismo de acción es únicamente local, sin tener respuesta sistémica. Sus contraindicaciones son similares a la terapia estrogénica local.

El ospemifeno es un modulador selectivo de los receptores de estrógenos, eficaz en el tratamiento del síndrome genitourinario y con un buen perfil de seguridad. Es el único tratamiento que tiene indicación en mujeres con antecedentes de cáncer de mama que han finalizado el tratamiento adyuvante.

La tecnología láser se ha introducido en los últimos años como alternativa terapéutica, teniendo resultados prometedores. La radiofrecuencia o la inyección de ácido hialurónico son otras opciones terapéuticas de las que todavía se disponen pocos estudios.



Médicos y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria Aragón necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.

Nº caracteres: 4.000 ó 7.000, incluidos espacios entre palabras
Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com



Anticonceptivos de urgencia: eficacia e indicaciones

Marta Benito Vielba, Ligia Gil Melgosa, Verónica Gómez García, Cristina Luna Álvarez, Victoria Pallarés Arnal y Marta Castellà Segarra.

Facultativos especialistas de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Barbastro. Huesca.

La Anticoncepción de Urgencia (AU) es la utilización de un fármaco o dispositivo para prevenir un embarazo después de una relación sexual coital desprotegida o en la que se haya producido un potencial fallo del método anticonceptivo. Es una segunda oportunidad para evitar un embarazo no deseado, pero que no debe ser considerada, en ningún caso, un método anticonceptivo de uso habitual.

Indicaciones

- Coito sin protección.
- Rotura, retención o mal uso del preservativo.
- Mala utilización o posible fallo del método hormonal utilizado:

-Uso de fármacos que interaccionan con dicho tratamiento.

-Olvidos de 2 o más píldoras combinadas.

-Olvido de más de 36 h en píldoras de Desogestrel.

-No utilización de método barrera adicional en pacientes que inician primer ciclo de tratamiento hormonal en día diferente al primer día de regla.

-Tiempo mayor a 14 semanas desde la última administración acetato de medroxiprogesterona sin utilización adicional de método barrera.

• Retirada imprevista, no localización, expulsión parcial o completa DIU.

• Violación en una mujer sin anticoncepción previa.

Métodos utilizados

1. Levonogestrel (LNG)

• Conocida como la pastilla del día después, se puede utilizar hasta 72 horas de la relación sexual no protegida.

• Su mecanismo de acción es inhibir o retrasar la liberación del óvulo desde el ovario. Parece que además actúa dificultando que los espermatozoides y el óvulo se encuentren, dado que afectan al moco cervical y a la capacidad de los espermatozoides de adherirse al óvulo.

• Sin embargo, el levonogestrel no puede impedir la implantación de un huevo fecundado, por tanto no sería eficaz una vez ya iniciada la implantación, es decir no tiene acción abortiva. Sólo son eficaces si se toman en los primeros días después de la relación

sexual y antes de que el óvulo sea liberado desde el ovario y de que los espermatozoides lo fecunden.

- No puede interrumpir un embarazo ya establecido ni dañar un embrión en desarrollo.

- Contraindicaciones:

- Gestación ya conocida, aunque su utilización no produciría efectos teratogénos par el embrión o feto.

- Pacientes con hipersensibilidad al LNG o su excipiente la lactosa monohidrato. Debe evitarse por tanto en pacientes con intolerancia a la galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa.

- Insuficiencia hepática grave

- No recomendable en pacientes con índice de masa corporal superior a 25 kg/m², en estos casos valorar acetato de ulipristal y DIU de cobre.

- Los síndromes graves de malabsorción, como la enfermedad de Crohn, pueden disminuir la eficacia.

- Su utilización no precisa de exploración clínica ni ginecológica previa.

- Se puede utilizar en cualquier momento del ciclo. No hay contraindicación para usarla varias veces en el mismo ciclo, aunque esto puede producir alteraciones en el ciclo.

- Se puede utilizar durante la lactancia materna, aunque para evitar la exposición del lactante se aconseja administrarla inmediatamente después de una toma y retrasar la siguiente toma al menos durante las 8 horas siguientes.

- Pueden aparecer alteraciones menstruales, en el caso de retraso de más de 3 semanas, se debería hacer un test de embarazo.

- Seguridad

- Método seguro para todas las mujeres. Se puede utilizar en cualquier edad de la vida reproductiva, desde la adolescencia, hasta el final de la edad fértil.

- No tiene ningún efecto en la fertilidad futura.

- No aumenta el riesgo de embarazo ectópico

- Si se tomara por error y la mujer ya estuviera embarazada no se han encontrado efectos teratogénos.

- No aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular ni de tromboembolismo.

- Efectos secundarios:

- Son leves y de corta duración, siendo los sangrados irregulares los más frecuentes.

- Otros efectos que pueden aparecer son dolor de cabeza (20%), cansancio, náuseas (12-13%), molestias abdominales, dolor tipo regla (13-15%) y aumento de la sensibilidad mamaria.

- La menstruación suele aparecer en la fecha esperada, pero en alguna mujer se puede adelantar o retrasar algunos días.

- Si aparecen vómitos en las primeras 2 horas después de la toma de LNG, se debería repetir la dosis o valorar la inserción de un DIU de cobre.

2. Acetato de Ulipristal (AUP)

- Único método de anticoncepción de urgencia vía oral con licencia para ser usado entre las 72 y las 120 horas después de la relación sexual no protegida.

- Su mecanismo de acción va a depender del momento del ciclo menstrual en el que se administre. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación. Si ya ha ocurrido la ovulación no sería efectivo, al igual que el LNG.

- Se cree que podría afectar a la capacidad del embrión de implantarse en el endometrio, aunque no está demostrado para la dosis utilizada en anticoncepción de urgencia, por lo tanto, podemos decir que no es un método abortivo.

- Contraindicaciones

- Gestación. Debe descartarse siempre.

- Asma grave no controlada.

- Intolerancia a la galactosa.

- No utilizar durante la lactancia. Desechar leche en los 7 días posteriores a la toma.

- No recomendable en pacientes con índice de masa corporal > 35 kg/m². Sería recomendable el DIU cobre.

- Interacciones/ Uso de otros medicamentos:

- En mujeres que están tomando medicamentos inductores enzimáticos, no se puede usar AUP durante el tratamiento o en los siguientes 28 días después de finalizarlo. Estos fármacos serían antiepilépticos (barbitúricos, carbamacepina, eslicarbazepina, oxcarbazepina, fenobarbital, fenitína, topiramato, lamotrigina, primidona, rifinamida), antibióticos (rifampicina y rifabutin), antiretrovirales (ritonavir) y la hierba de San Juan.

- No debe utilizarse junto a fármacos que incrementen el pH gástrico, como antiácidos, antagonistas de los receptores de H₂ y con los inhibidores de la bomba de protones, ya que pueden reducir las concentraciones plasmáticas de AUP y disminuir su eficacia.

- No recomendable uso concomitante con levonorgestrel

- Efectos secundarios:

- Náuseas, dolores de cabeza y abdominales son los más habituales, y suelen ser leves y autolimitados.

- No se debe de utilizar más de una vez en el mismo ciclo

- Sí aparecen vómitos en las primeras 3 horas después de la toma de AUP, se debería repetir la dosis o valorar la inserción de un DIU de Cu.

3. DIU de Cobre

- Puede ser insertado hasta 120 horas (5 días) después de la primera relación sexual no protegida-

- Su mecanismo de acción fundamental se ejerce sobre el endometrio, si es usado tras la fecundación, afectaría a la receptividad endometrial, evitando la implantación. Ejerce una acción gameticida, fundamentalmente espermicida, dificultando la fertilización. Además, tiene un efecto tóxico sobre el óvulo y sobre la función y viabilidad del espermatozoide.

- Es el método más efectivo de los tres con una tasa de fallo del 0,09%. A pesar de ellos los dos métodos farmacológicos son considerados los más convenientes y aceptables-

- Un aspecto positivo es, además de su alta eficacia, la posibilidad de mantenerlo como método anticoncepción a largo plazo.

- Contraindicaciones

- Gestación.

- Sepsis puerperal.

- Tras un aborto séptico.

- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.

- Sangrado vaginal sin diagnosticar.

- Niveles persistentes de Beta-HCG o enfermedad trofoblástica maligna .

- Paciente portadora de otro DIU .

- Infección de transmisión sexual activa (cervicitis purulenta, gonococia o chlamydia) hasta su resolución.

- Tuberculosis pélvica.

- VIH mal controlado con tratamiento anti-retroviral.

- Miomas uterinos con distorsiones severas de la cavidad uterina.

- Neoplasia genital sin tratar.

- Endometritis postparto o postaborto.

- Enfermedad de Wilson.

- Interacciones/Uso de medicamentos

- No existe ninguna interacción medicamentosa, es la única opción de anticoncepción de urgencia para pacientes que han utilizado en los últimos 28 días algún inductor enzimático

- Efectos no deseados

- La perforación uterina es una complicación poco probable (1/1.000).

- Dolor durante la inserción.

- Sangrados más abundantes y prolongados, que suelen ir disminuyendo pasados unos meses.

Libre dispensación

Desde el 28 de septiembre de 2009, en España, la anticoncepción de urgencia con levonorgestrel es de libre dispensación en las farmacias.

La importancia de la exploración en la patología mamaria



Victoria Pallarés Arnal, Marta Benito Vielba, Ligia Gil Melgosa, Cristina Luna Álvarez, Verónica Gómez García, Marta Castellá Segarra. FEA Ginecología y Obstetricia Hospital de Barbastro. Huesca

La patología mamaria es un motivo de consulta común entre la población femenina. En la mayoría de ocasiones, el motivo de consulta es la aparición de un bulto en la mama que, en un 80% de casos, resulta patología benigna.

Los pacientes con síntomas mamarios precisan una correcta anamnesis para recopilar información sobre el motivo de consulta, antecedentes personales y familiares.

Gracias a que las mamas son muy accesibles a la exploración sus manifestaciones clínicas suelen ser fáciles de detectar por profesionales cualificados. En la exploración se precisa un estudio de la mama pero también de axilas y fosas supraclaviculares. Para realizar un estudio adecuado y completo y para facilitar la interpretación de nuestros hallazgos por parte de otros profesionales dividimos la mama en 4 cuadrantes y en la conjunción de los mismos. Para describir la posible lesión, informamos sobre número, características y localización.

La exploración consta de la inspección y la palpación:

- **Inspección:** Se busca asimetría, retracción, edema y eritema. La paciente adopta distintas posturas para que la exploración sea lo más completa posible: sentada y de frente con los brazos en aducción, posteriormente en abducción y finalmente con los brazos "en jarras" haciendo fuerza de aducción.

- **Palpación:** se realiza una descripción detallada de los hallazgos que incluye: localización de la lesión, tamaño, consistencia, forma,

movilidad y sensibilidad al tacto. Al igual que durante la inspección también se pide a la paciente que adopte distintas posiciones. Con la paciente sentada se explora con el pulpejo de los dedos comprimiendo la mama hacia la pared torácica primero de forma suave y a continuación de forma más firme.

Posteriormente, la cola de Spencer y las fosas axilares, así como las fosas supraclaviculares. Con la paciente en decúbito supino y los brazos en abducción, palpación superficial y profunda de todos los cuadrantes. Finalizar con la expresión de los pezones para detectar secreciones.

Los hallazgos que más frecuentemente se encuentran son nódulos, procesos inflamatorios/infecciosos y secreciones a través del pezón. En la mayoría de casos la exploración aunque nos proporciona importante información es inespecífica y debe complementarse con una prueba de imagen: mamografía, ecografía y, en algunas ocasiones, resonancia magnética nuclear.

Dentro de la patología mamaria, podemos dividir 2 grandes grupos: la patología mamaria maligna en la se incluirán tanto los tumores primarios como los tumores con metástasis en la mama y la patología benigna, grupo muy heterogéneo en la que destacan: tumores benignos, procesos inflamatorios, trastornos funcionales... De todas ellas, los cuadros por los que más se acude al servicio de urgencias son la mastitis puerperal y el nódulo mamario.

En el caso de la mastitis, a la exploración nos encontramos con un área de mayor o menor tamaño de la mama (puede incluso incluir la

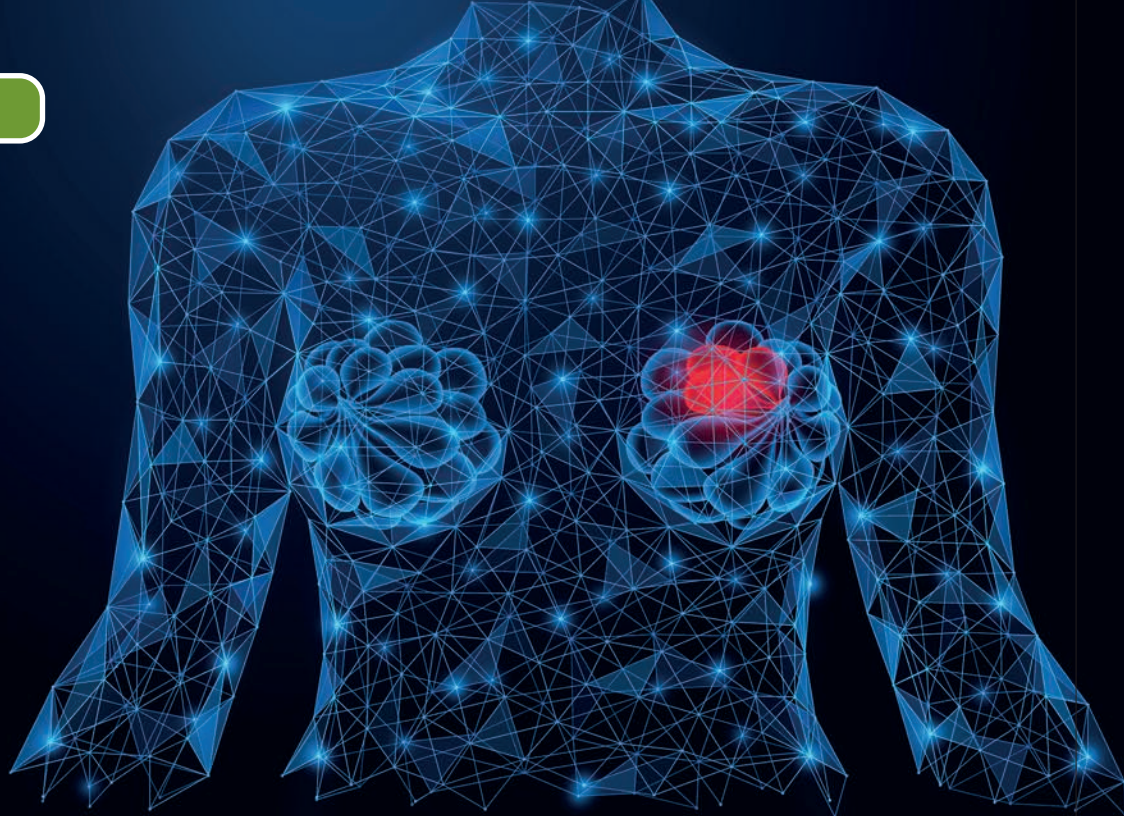
mama por completo) tumefacta, edematosa, caliente y muy dolorosa a la palpación. En estos casos, el tratamiento antibiótico debe iniciarse inmediatamente e ir acompañado de tratamiento analgésico, antiinflamatorio y antipirético.

En caso de un nódulo, la exploración nos aporta información valiosa aunque inespecífica del tipo de nódulo que estamos estudiando. Lesiones bien delimitadas, de consistencia elástica, superficie lisa, móviles y dolorosas, por lo general, resultan patología benigna. Por el contrario, lesiones mal delimitadas, de consistencia pétreas, adheridas a planos profundos o a piel y no dolorosas nos orientarán hacia patología maligna.

En cuanto al tipo de prueba de imagen que utilizar para complementar el estudio tendremos en cuenta lo siguiente:

- **Mamografía:** cuando se desea descartar en primer lugar patología maligna.
- **Ecografía:** cuando la sospecha de patología benigna es alta, en mujeres por debajo de los 35 años y en aquellas que presenten una mamografía normal hace menos de 1 año.
- **Resonancia magnética nuclear:** se reserva para casos más específicos como mujeres portadoras de prótesis mamaria o pacientes con riesgo hereditario de cáncer de mama.

La patología mamaria tanto benigna como maligna es cada vez más prevalente en nuestra población por lo que es necesario un manejo sistematizado y una colaboración estrecha entre personal de atención primaria, urgencias, especialistas y enfermería.



Cáncer de mama y estilo de vida

Victoria Pallarés Arnal, Marta Benito Vielba, Ligia Gil Melgosa, Cristina Luna Álvarez, Verónica Gómez García, Marta Castellá Segarra. FEA Ginecología y Obstetricia Hospital de Barbastro. Huesca

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en mujeres con una tasa de incidencia en España de 33.307 en 2018. Agrupan el 30% de los tumores diagnosticados en el sexo femenino y la edad media de detección está entre los 45 y 65 años.

Aunque existen tumores malignos hereditarios en los que el paciente hereda el gen que desencadena la aparición del cáncer, la mayoría se inician de forma esporádica por mutaciones genéticas adquiridas. Estas mutaciones, al igual que en el resto de tumores malignos no hereditarios pueden verse influenciadas por factores ambientales.

Consecuencia de esto, es muy importante para la prevención primaria del cáncer de mama el estudio de todos estos factores y, sobre todo, de todos aquellos modificables y relacionados con el estilo de vida de la población:

1. Dieta

La dieta mediterránea, que contiene frutas, verduras y aceite de oliva, protege contra el cáncer de mama. Estos componentes, ricos en grasas monoinsaturadas y bajos en grasas saturadas protegen a los tejidos del estrés oxidativo.

La fibra, las proteínas y grasas vegetales y las nueces también se asocian a una reducción del riesgo de cáncer de mama.

Niveles normales de Vitamina D y una exposición moderada a la luz del sol parecen asociarse con una disminución del riesgo de cáncer de mama.

Por el contrario, la alta ingesta de carne roja (más de 5 ingestas semanales) se asocia a un aumento de riesgo.

El consumo de alcohol es de los factores de riesgo mas destacables ya que afecta a las concentraciones de andrógenos y estrógenos, importantes en la patogenia de la mayoría de cánceres de mama. El riesgo de cáncer de mama en mujeres consumidoras de alcohol es mayor que en la población no bebedora incrementándose ese riesgo conforme aumenta la cantidad de alcohol ingerida: por cada consumo adicional de 10 gramos de alcohol al día existe un aumento del 9% en el riesgo de cáncer de mama. Destacable también que diferentes bebidas alcohólicas suponen un mayor riesgo que otras; por ejemplo, el vino tinto conlleva un riesgo mayor que el vino blanco.

2. Consumo de tabaco

El tabaco aumenta el riesgo, sobre todo, en mujeres que comenzaron su consumo a edades tempranas y persiste en el tiempo tanto en las exfumadoras (hasta 20 años después del abandono del hábito tabáquico) como en las fumadoras actuales siendo mayor en estas últimas.

Importante tener en cuenta que aquellas pa-

cientes consumidoras de alcohol y de tabaco presentan un riesgo mucho mayor que en aquellas que consumen solamente alcohol o tabaco.

3. Actividad física

La actividad física es un factor protector contra el cáncer de mama principalmente en mujeres postmenopáusicas aunque también en premenopáusicas.

4. Índice de masa corporal (IMC)

Las mujeres obesas postmenopáusicas presentan mayor riesgo de cáncer de mama que aquellas que se encuentran en normopeso. Esto está justificado por los niveles elevados de estradiol relacionados con la obesidad femenina.

5. Fertilidad

El embarazo es un factor protector para el cáncer de mama siendo mayor esa protección cuanto mayor sea el número de embarazos y cuanto menor sea la edad de la mujer en el primer embarazo a término.

Todos estos factores son influyentes en la aparición del cáncer de mama y lo mas importante, son modificables, por lo que cambios en nuestra conducta diaria con respecto a ellos pueden también hacer que cambie nuestra salud presente y futura.

Obesidad y embarazo

Verónica Gómez García, Ligia Gil Melgosa, Marta Benito Vielba, Cristina Luna Álvarez, Victoria Pallarés Arnal, Marta Castellá Segarra García.

FEA Ginecología y Obstetricia Hospital de Barbastro. Huesca

La obesidad se ha convertido en una enfermedad crónica cuya prevalencia está aumentando de forma muy notable en los países desarrollados.

Complicaciones asociadas

En comparación con las mujeres que presentan un índice de masa corporal normal antes del embarazo, las mujeres embarazadas con obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) presentan un mayor riesgo de aborto espontáneo, diabetes gestacional, preeclampsia, tromboembolismo venoso, colonización vagino-rectal por estreptococo del grupo B, embarazo prolongado, inducción del parto, trabajo de parto disfuncional, mayor tasa de cesáreas y partos instrumentales, distocia de hombros, complicaciones anestésicas, hemorragia postparto, infecciones quirúrgicas e incremento de la mortalidad materna. Además, las mujeres que superan su peso ideal tienen menos probabilidades de iniciar y mantener la lactancia materna que las de peso normal. Tras el parto, las mujeres obesas presentan una mayor duración de la estancia hospitalaria así como tasas de depresión postparto superiores a las gestantes con peso adecuado.

En relación al recién nacido, los hijos de madres con obesidad presentan un mayor riesgo de malformaciones, muerte fetal, prema-

turidad, macrosomía y muerte neonatal. La exposición intrauterina a la obesidad materna también se asocia con un mayor riesgo de desarrollar obesidad y trastornos metabólicos y cardiovasculares durante la infancia.

Recomendaciones

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) establece las siguientes recomendaciones en cuanto al manejo de la obesidad en la gestación:

- Se debe recomendar la visita preconcepcional y una reducción de peso antes de la concepción. Debería recomendarse un $\text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$ e idealmente entre 18-25.
- El IMC debe ser calculado en base al peso y talla preconcepcionales. Aquellas gestantes con un IMC preconcepcional $> 30 \text{ kg/m}^2$ deben considerarse obesas. Esta información puede ser útil en el asesoramiento acerca de los riesgos de la gestación asociados a la obesidad.
- La mujer obesa o con sobrepeso debe recibir información sobre los riesgos asociados a su situación en el embarazo.
- En casos de obesidad mórbida, debe recomendarse evitar la gestación y solicitar valoración y tratamiento previo en un centro especializado.
- En mujeres con un $\text{IMC} > 30 \text{ kg/m}^2$, se debe recomendar la ingesta de 5 mg de ácido fólico diario preconcepcional, al menos un mes

antes de la concepción durante el primer trimestre.

- Se debe informar del riesgo aumentado de anomalías congénitas. La ecografía morfológica del segundo trimestre podrá ofrecerse entre la semana 20 y 22 de gestación.
- Durante el embarazo se deben ofrecer consejos de salud fundamentalmente acerca de nutrición, tipos de alimentación y práctica de ejercicio físico que podrían ayudar a prevenir complicaciones como la diabetes gestacional, diabetes tipo II durante el embarazo o tras el mismo.
- Se debe advertir de los potenciales riesgos de la obesidad en el embarazo tales como diabetes e hipertensión gestacional.
- Se debe de informar que la tasa de cesáreas y parto instrumental está aumentada.
- Se debe recomendar la consulta con el anestesiólogo para preparar el plan de anestesia en el parto.
- Se debe evaluar el riesgo tromboembólico e individualizar así la tromboprofilaxis durante la gestación y puerperio.

En relación a la cirugía bariátrica y sus resultados en el embarazo, ésta se posiciona como la mejor opción terapéutica mejorando los resultados reproductivos y disminuyendo riesgos durante la gestación, si bien no está exenta de complicaciones.



Tabaco y gestación

Verónica Gómez García, Ligia Gil Melgosa, Marta Benito Vielba, Cristina Luna Álvarez, Victoria Pallarés Arnal y Marta Castellá Segarra García.

FEA Ginecología y Obstetricia Hospital de Barbastro. Huesca

El consumo de tabaco continúa siendo un problema de salud pública en nuestra sociedad. Las mujeres que fuman durante el embarazo y, en menor medida, las que están expuestas al humo del tabaco, tienen más probabilidades de sufrir complicaciones durante la gestación y mayor dificultad para quedarse embarazadas.

El impacto del tabaco en el crecimiento fetal es quizás el más consistente y preocupante. Diversos estudios han demostrado que el tabaquismo materno durante el embarazo podría disminuir el peso al nacer e incrementar el riesgo de nacimientos con peso por debajo de los 2500 gramos, así mismo la tasa de parto pretérmino y de amenaza de parto pretérmino se encuentra aumentada en gestantes fumadoras. El tabaquismo durante la gestación aumenta el riesgo de desprendimiento de placenta y los recién nacidos de estas mujeres presentan al nacimiento una

menor puntuación en el Apgar y mayor riesgo de hipoxia.

Diversos estudios han indicado que el tabaquismo materno durante el embarazo puede provocar sobrepeso y obesidad en la infancia pudiendo afectar también a la estatura de los niños. También se relaciona con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad. A nivel del sistema cardiovascular estos niños tienen un sistema autónomo hiperreactivo durante las primeras semanas de vida con una presión sistólica y diastólica mayor debido a una disfunción endotelial y a alteraciones en el tejido adiposo perivascular. En cuanto al sistema respiratorio, el consumo de tabaco durante la gestación así como la exposición al humo en el período postnatal puede producir un crecimiento desproporcionado entre el parénquima pulmonar y las vías aéreas lo que se conoce como crecimiento disínaptico pulmonar incluso podría ser causa de la muerte súbita del lactante. En estos niños, se observa

una disminución de la función pulmonar con una reducción del flujo espiratorio forzado lo que sugiere afectación de las vías aéreas de pequeño calibre. Esto podría condicionar un mayor número de hospitalizaciones por enfermedades de vía respiratoria inferior en estos niños. Es bien conocido que los hijos de madres fumadoras presentan más riesgo de desarrollar asma en la infancia y, a su vez, presenta una respuesta aumentada a las citoquinas ante los alérgenos aumentando la producción de inmunoglobulinas e intensificando la respuesta alérgica inflamatoria. Las sibilancias, eccemas y rinoconjuntivitis también son más frecuentes.

Conclusiones

El tabaquismo materno durante la gestación provoca efectos deletéreos tanto a nivel prenatal como postnatal que pueden presentarse incluso años después del nacimiento.

Náuseas y vómitos en la gestación

Verónica Gómez García, Ligia Gil Melgosa, Marta Benito Vielba, Cristina Luna Álvarez, Victoria Pallarés Arnal y Marta Castellá Segarra García.

FEA Ginecología y Obstetricia Hospital de Barbastro. Huesca

Las náuseas y vómitos son los síntomas más frecuentes que pueden llegar a afectar al 80% de las gestantes. Esta afección se manifiesta antes de las 9 semanas de amenorrea y se suelen resolver entre la semana 12 y 16 aunque un pequeño porcentaje de embarazadas continúan con esta sintomatología después de la semana 20. Para valorar la intensidad de los cuadros de emesis se puede usar el sistema de clasificación PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea), el cual es un método de puntuación para cuantificar la gravedad de las náuseas y vómitos atendiendo a la duración y frecuencia de los síntomas en las últimas 12 horas.

Hiperemesis gravídica

La hiperemesis gravídica es el extremo más severo del espectro de este cuadro clínico así como la causa más frecuente de hospitalización durante el primer trimestre de la gestación. Su incidencia se estima entre el 0,3 y el 2% de las gestantes y es mayor en los casos de nuliparidad, obesidad, embarazo gemelar, adolescentes, raza negra, bajo nivel sociocultural, enfermedad trofoblástica, malformaciones fetales y antecedentes de hiperemesis gravídica en gestaciones previas. Esta entidad se caracteriza por la presencia de náuseas y vómitos de predominio matinal pero que en

casos graves se prolongan durante todo el día ocasionando una pérdida de peso superior al 5% y deshidratación. Es frecuente la presencia de sialorrea y modificaciones del apetito y del gusto, epigastralgia y sangrado con el vómito por la erosión de la mucosa esofagagástrica. Cuando el cuadro se mantiene sin tratamiento o con mala respuesta a éste, aparecen síntomas relacionados con la deshidratación como palidez y sequedad de mucosas (erosiones y grietas en los labios, lengua seca, encías enrojecidas con úlceras y petequias en faringe), pobre turgencia cutánea (signo del pliegue), hipotensión, taquicardia y oliguria. En algunas mujeres puede aparecer disfunción hepática y renal y daño cerebral por déficit de tiamina o vitamina B1 (síndrome de Korsakoff, encefalopatía de Wernicke). El riesgo de recurrencia de la hiperemesis gravídica en posteriores embarazos se estima en un 15%.

Etiología

La etiología de ambas entidades clínicas se considera multifactorial:

Factores hormonales: concentraciones séricas altas de la hormona gonadotropina coriónica (HCG) como sucede en gestaciones gemelares o en la enfermedad trofoblástica; valores de estrógenos más elevados; aumento de la tiroxina libre y descenso de la tirotrópina (TSH) en las primeras semanas de gestación.

Factores neurológicos: mayor labilidad del sistema nervioso vegetativo con enlentecimiento del vaciado gástrico.

Factores psicológicos: hipótesis que relacionan estos trastornos con una incapacidad de la gestante para adaptarse al estrés de la gestación así como un fenómeno de conversión o somatización asociado a gestaciones no deseadas y personalidades histéricas o inmaduras.

Factores inmunológicos: reacción materna a las sustancias del embrión o por las diferencias genéticas entre el feto y el trofoblasto con respecto al sistema inmunológico materno.

Factores digestivos: se ha descrito una mayor incidencia de anticuerpos anti-*Helicobacter pylori* en pacientes con hiperemesis.

Tratamiento

El manejo de las náuseas y vómitos que alteran la calidad de vida de la gestante sin impedir su correcta alimentación estará basado en medias generales recomendándose comidas poco cuantiosas pero más frecuentes dando preferencia a los alimentos fríos y sólidos y evitando aquellos fritos y ricos en grasas. En cuanto al tratamiento farmacológico, la doxilamina y los antieméticos como la metoclopramida, han demostrado ser beneficiosos además de la suplementación con tiamina (vitamina B1) y piridoxina (vitamina B6). En casos extremos en los que no exista respuesta al tratamiento con antieméticos, los corticoides como la metilprednisolona pueden ser una alternativa. Las terapias con jarabe de jengibre pueden ser beneficiosas.

Embarazo ectópico: definición, tipos y manejo

Victoria Pallarés Arnal, Marta Benito Vielba, Ligia Gil Melgosa, Cristina Luna Álvarez, Verónica Gómez García, Marta Castellá Segarra.
FEA Ginecología y Obstetricia Hospital de Barbastro. Huesca

El embarazo ectópico se define como aquel que se localiza fuera de la cavidad uterina. Aproximadamente, 11 de cada 1000 gestaciones son ectópicas siendo la localización mas frecuente la trompa de Falopio (95% de los casos). Otras localizaciones son el cuello de útero, los cuernos uterinos, la cicatriz de cesárea, los ovarios y la cavidad abdominal.

Actualmente, con la posibilidad de determinar la hormona β -hCG y el avance tecnológico de los ecógrafos el diagnóstico es más temprano y el tratamiento más conservador.

Los factores de riesgo más conocidos del embarazo ectópico son la gestación ectópica previa (como factor más importante), la exéresis previa de la trompa, historia de esterilidad, la enfermedad inflamatoria pélvica, ser portadora de DIU, el tabaco, la edad materna avanzada (sobre todo > 40 años), la cirugía abdominal previa, los abortos previos y los embarazos conseguidos mediante técnicas de reproducción asistida.

En cuanto a la clínica, suele ser muy inespecífica: amenorrea, sangrado, dolor abdominal o incluso ser asintomática. Sin embargo, en algunas ocasiones, la rotura del saco gestacional desencadena una hemorragia interna que puede llevar al shock hemorrágico.

Además de la sospecha clínica, tenemos y necesitamos otras armas para el diagnóstico del embarazo ectópico. La ecografía juega un papel muy importante en esta patología, siendo la ecografía transvaginal el método diagnós-

tico más sensible. Con ella, el diagnóstico de certeza se consigue tras la visualización extrauterina de un saco gestacional con vesícula vitelina y/o embrión. Sin embargo, esto último solo se da en el 20% de los casos. En el otro 80% (no se visualiza la imagen o la imagen es dudosa) necesitamos apoyarnos en la determinación de los niveles de la hormona β -hCG para alcanzar el diagnóstico; niveles en ascenso o en meseta sin la presencia de imagen ecográfica diagnóstica nos orientan hacia un embarazo ectópico; por el contrario niveles de hormona en descenso sin imagen nos orientan hacia un aborto.

Existe un pequeño porcentaje de casos en los que no se alcanza el diagnóstico mediante los métodos descritos o la paciente se encuentra inestable hemodinámicamente y no se puede esperar al resultado analítico; en estas situaciones, la laparoscopia o laparotomía exploradora es la opción más adecuada.

Una vez realizado el diagnóstico se debe valorar el tipo de tratamiento a seguir: manejo expectante, tratamiento médico o tratamiento quirúrgico. El tipo de tratamiento se elegirá según la localización de la gestación, los niveles de BHCG y el estado clínico del paciente. Dado que los tipos de gestación ectópica y los cuadros clínicos que pueden darse son muy diversos, a continuación, se abordará únicamente el tratamiento para la gestación ectópica tubárica que como ya hemos comentado es la más frecuente.

Manejo expectante: solamente en gestaciones tubáricas en las que la paciente se encuentre asintomática, los niveles de β -hCG

sean bajos (<1000 UI/l) y no existan signos de sangrado. En estos casos, se precisa un seguimiento muy estrecho tanto clínico como analítico. En caso de aparición de clínica o ascenso o no descenso de los niveles de BHCG se debe valorar otros tratamientos.

Tratamiento médico sistémico: se utiliza el metotrexate, fármaco citostático. Las pacientes deben cumplir los requisitos descritos a continuación para poder someterse a este tratamiento:

- Paciente hemodinámicamente estable.
- Ausencia de dolor abdominal severo o persistente.
- Posibilidad de seguimiento hasta que se resuelva el proceso.
- Función hepática y renal normal.
- Actividad cardíaca fetal negativa.

En estas pacientes también se precisa un metucioso seguimiento; en caso de fracaso terapéutico se valora el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento quirúrgico: consiste en la exéresis completa de la trompa afecta (salpingoectomía) vía laparoscópica; la vía laparotómica se utiliza ante dificultad técnica durante la laparoscopia o en pacientes con situación hemodinámica inestable. En los casos en los que la otra trompa no es funcional o está ausente, se puede valorar la salpingostomía. En cuanto a las recomendaciones postratamiento destacar que se debe evitar gestación. En pacientes tratadas con metotrexate se recomienda 6 meses (mínimo 3) después de la última dosis. En los casos no tratados con metotrexate se recomienda un periodo intergénico de mínimo 3 meses.

Amenaza parto prematuro

Marta Castellà Segarra, Marta Benito Vielba, Victoria Pallarés Arnal, Verónica Gómez García, Ligia Gil Melgosa, Cristina Luna Álvarez.
Facultativos Especialistas Ginecología y Obstetricia. Hospital de Barbastro. Huesca

El parto prematuro se produce cuando las contracciones regulares provocan la apertura del cuello del útero después de la semana 20 y antes de la semana 37 del embarazo.

El parto prematuro puede producir un nacimiento prematuro. Cuanto antes ocurra el nacimiento prematuro, mayores serán los riesgos para la salud de tu bebé. Muchos bebés prematuros requieren ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Los recién nacidos prematuros también pueden tener secuelas a largo plazo.

No está clara la causa del inicio prematuro del trabajo de parto. Hay algunos factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de un parto prematuro.

Factores de riesgo

El parto prematuro puede afectar a cualquier gestación. Algunos de los factores de riesgo conocido son:

- Trabajo de parto prematuro o nacimiento prematuro anterior.
- Gestación múltiple.
- Cuello del útero acortado.
- Alteraciones uterinas como polimiotomias uterinas. Útero bicornue o septo.
- Tabaquismo o consumo de drogas.
- Infecciones del líquido amniótico y del tracto genital inferior.
- Algunas afecciones crónicas, como hipertensión arterial, diabetes, enfermedades autoinmunes.

- Polihidramnios (aumento líquido amniótico).
- Sangrado vaginal durante el embarazo.
- Defecto congénito del feto.
- Un intervalo de menos de 12 meses - o de más de 59 meses - entre embarazos.
- Edad materna.

Causas

Tradicionalmente, las causas de parto prematuro se han agrupado en tres grandes grupos:

- Iatrogénico (por indicación médica, el parto debe ocurrir antes del término del embarazo, por ejemplo: patología materna).
- Secundario a Rotura Prematura de Membranas (RPM).
- Idiopático (sin causa aparente).

Síntomas

Los signos y síntomas del parto prematuro comprenden:

- Sensaciones regulares o frecuentes de endurecimiento del abdomen (contracciones).
- Dolor sordo, leve y constante en la espalda.
- Sensación de presión en la pelvis o en la región inferior del abdomen.
- Cólicos leves.
- Manchado o sangrado vaginal leve.
- Rotura prematura de las membranas: pérdida continua de líquido, en forma de chorro o goteo.
- Cambio en el tipo de flujo vaginal (acuoso, con aspecto de mucosidad o sanguinolento).

Complicaciones

Las complicaciones del trabajo de parto prematuro incluyen el nacimiento de un bebé prematuro. Esto puede plantear una serie de problemas como bajo peso al nacer, dificultades respiratorias, órganos subdesarrollados, problemas neurológicos y problemas de visión. Los niños que nacen prematuramente también tienen un mayor riesgo de parálisis cerebral, problemas de aprendizaje y de comportamiento.

Prevención

- **Recibir atención médica prenatal de manera regular.** Las consultas prenatales pueden ayudar a diagnosticar posibles factores de riesgo. Si tienes antecedentes de parto prematuro se realizan visitas con mayor frecuencia durante el embarazo.
- **Dieta saludable.** Algunas investigaciones sugieren que una dieta alta en ácidos grasos poliinsaturados se asocia con un menor riesgo de nacimiento prematuro. Los ácidos grasos poliinsaturados se encuentran en los frutos secos, las semillas, el pescado y los aceites de las semillas.
- **Evitar las sustancias de riesgo.** Tabaco, alcohol y otras drogas.
- **Técnicas de reproducción asistida.** Evitar embarazos gemelares.
- **Tratar las afecciones crónicas.** La diabetes, la hipertensión y la obesidad, aumentan el riesgo de parto prematuro.

Depresión postparto

Marta Castellà Segarra, Marta Benito Vielba, Victoria Pallarés Arnal, Verónica Gómez García, Ligia Gil Melgosa, Cristina Luna Álvarez. Facultativos Especialistas Ginecología y Obstetricia. Hospital de Barbastro. Huesca



El nacimiento de un bebé puede desencadenar una mezcla de fuertes emociones, desde el entusiasmo y la alegría hasta el miedo y la ansiedad.

La mayoría de las madres primerizas sienten melancolía posparto después del nacimiento del bebé, que generalmente incluye cambios en el estado de ánimo, episodios de llanto, ansiedad y dificultad para dormir. La melancolía posparto generalmente empieza dentro de los primeros dos o tres días después del parto y puede durar hasta dos semanas.

Sin embargo, algunas madres padecen una forma de depresión más grave y de mayor duración, conocida como depresión posparto.

Causas

No existe una sola causa de la depresión posparto, pero las cuestiones físicas y emocionales pueden contribuir.

- **Cambios físicos.** Caída dramática en los niveles de hormonas estrógeno, progesterona y tiroideas, lo que puede provocar que sientas cansancio, pereza y depresión.
- **Problemas emocionales.** Falta de sueño reparador, estrés, ansiedad. Cambios físicos

Factores de riesgo

Esta se puede manifestar después del nacimiento de cualquiera de sus hijos. Aumento del riesgo si:

- Tienes antecedentes de depresión, ya sea durante el embarazo o en otros momentos.
- Tienes trastorno bipolar.
- Tuviste depresión posparto después de un embarazo anterior.
- Algún miembro de tu familia tuvo depresión u otros trastornos del estado de ánimo.
- Estrés previo al parto, como complicaciones durante el embarazo, una enfermedad o la pérdida del trabajo.
- Tu bebé tiene problemas de salud.
- Tienes mellizos, trillizos o tuviste otro parto múltiple.
- Tienes problemas para amamantar.
- Tienes problemas en la relación con tu cónyuge o pareja.
- Tienes un sistema de apoyo insuficiente.
- Tienes problemas económicos.
- Fue un embarazo no planificado o no deseado.

Síntomas

Los signos y síntomas de la depresión posparto varían y pueden oscilar entre leves y graves.

Síntomas de la melancolía posparto

Los signos y síntomas de la melancolía posparto (que duran de unos pocos días a una o dos semanas después del nacimiento del bebé) pueden incluir:

Cambios de humor. Ansiedad. Tristeza. Irritabilidad. Sentirse abrumado. Llanto. Concentración reducida. Problemas de apetito. Problemas para dormir.

Síntomas de depresión posparto

La depresión posparto puede confundirse con la melancolía del bebé al principio, pero los signos y síntomas son más intensos y duran más tiempo y, eventualmente, pueden interferir en la capacidad para cuidar al bebé y realizar otras tareas diarias. Los síntomas generalmente se desarrollan dentro de las primeras semanas después del parto, pero pueden comenzar antes, durante el embarazo, o más tarde (hasta un año después del nacimiento). Los signos y síntomas de la depresión posparto pueden incluir los siguientes:

- Estado de ánimo deprimido o cambios de humor graves.
- Llanto excesivo.
- Dificultad para relacionarse con el bebé.
- Aislarse de familiares y amigos.
- Pérdida del apetito o comer mucho más de lo habitual.
- Incapacidad para dormir (insomnio) o dormir demasiado.
- Fatiga abrumadora o pérdida de energía.
- Interés y placer reducidos en las actividades que solías disfrutar.
- Irritabilidad y enojo intensos.
- Miedo a no ser una buena madre.
- Desesperanza.
- Sentimientos de inutilidad, vergüenza, culpa o insuficiencia.
- Disminución de la capacidad de pensar con claridad, concentrarse o tomar decisiones.
- Inquietud.
- Ansiedad grave y ataques de pánico.
- Pensamientos acerca de lastimarte a ti misma o al bebé.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Cuándo debes consultar con un médico

Si te sientes depresiva luego del nacimiento de tu hijo, puedes sentirte reacia o avergonzada de admitirlo.

Es importante que llames a tu médico tan pronto como puedas si los signos y síntomas de la depresión tienen estas características:

- No desaparecen después de dos semanas.
- Empeoran.
- Te dificultan el cuidado de tu bebé.
- Te dificultan completar las tareas diarias.
- Incluyen pensamientos acerca de lastimarte a ti misma o a tu bebé.

Complicaciones

Si no se trata, la depresión posparto puede interferir en el vínculo entre madre e hijo y causar problemas familiares.

Para las madres. Puede convertirse en un trastorno depresivo crónico. Incluso cuando se la trata, aumenta el riesgo de futuros episodios de depresión mayor.

Para los padres. Puede tener un efecto dominó, y causar tensión emocional en todas las personas cercanas.

Para los niños. Tienen más probabilidades de tener problemas emocionales y de comportamiento, como dificultades para dormir y comer, llanto excesivo y retrasos en el desarrollo del lenguaje.

Prevención

Si tienes antecedentes de depresión, especialmente la depresión posparto, consulta con el médico si estás planeando quedar embarazada o tan pronto como descubras que estás embarazada.

• Durante el embarazo.

El médico puede supervisarte minuciosamente para verificar si existen signos y síntomas de depresión. Puede hacerte completar un cuestionario para detectar la depresión durante el embarazo o luego del parto. A veces, la depresión leve puede tratarse con grupos de apoyo, terapia psicológica u otros tipos de terapia. En otras ocasiones, pueden recomendarte tomar antidepresivos, incluso durante el embarazo.

• Después de que nazca tu hijo.

Revisiones posparto tempranas para detectar signos y síntomas de la depresión posparto. Cuanto más rápido se detecta, más rápido puede iniciarse el tratamiento.



Estoy embarazada, ¿puedo hacer deporte?

Cristina Luna Álvarez, Ligia Gil Melgosa, Verónica Gómez García, Marta Benito Vielba, Victoria Pallarés Arnal y Marta Castellá Segarra.

Facultativos Especialistas Ginecología y Obstetricia. Hospital de Barbastro. Huesca

Esta es una duda frecuente que se realiza en las consultas, realizada por mujeres que, previamente al embarazo, realizaban deporte habitualmente.

La actividad física es un elemento esencial de una vida saludable, por lo que su realización durante el embarazo no está solo permitida si no que es recomendable, ya que se ha visto que podría disminuir el riesgo de diabetes gestacional, así como de depresión postparto e hipertensión, entre otros. Incluso hay estudios que sugieren que las mujeres que realizan actividad física durante el embarazo tienen más probabilidades de tener un parto por vía vaginal y mejor recuperación postparto. No se ha demostrado que el deporte cause abortos, retraso de crecimiento o parto prematuro en aquellas gestaciones de bajo riesgo.

Antes de entrar específicamente en qué tipo de ejercicio se puede realizar durante la gestación, es importante aclarar que todas las recomendaciones y pautas que se van a dar en las próximas líneas son aplicables solo a gestaciones normales, de bajo riesgo. En caso de que tu embarazo tenga alguna complicación, debes acudir a tu obstetra o matrona para obtener pautas específicas para la realización de actividad física.

¿Qué deporte puedo hacer?

El ejercicio físico que puede hacer una em-

barazada depende en gran parte de qué intensidad de actividad física se realizaba previamente al embarazo. Si no estás acostumbrada a hacer deporte habitualmente y quieres iniciarte, deberás empezar de manera suave y progresiva: no es el mejor momento para empezar a hacer maratones. En cambio, si estás acostumbrada a hacer deporte, puedes seguir con la misma actividad, eso sí, con algunas modificaciones, teniendo en cuenta los cambios anatómicos que se producen durante el embarazo y los requerimientos fetales.

Se puede realizar tanto ejercicio aeróbico como de fuerza, evitando los deportes en los que se presente un alto riesgo de traumatismo sobre el abdomen (deportes de contacto). La realización de submarinismo está contraindicada.

¿Qué debo modificar con respecto a mis rutinas de ejercicios previas al embarazo?

Es importante mantener una hidratación adecuada, evitar la ropa muy ajustada y evitar altas temperaturas durante la realización de ejercicio físico durante el embarazo. Además, se recomienda una ingesta calórica previa al ejercicio, con tal de evitar la hipoglucemia, especialmente si el ejercicio que se va a realizar tiene una duración estimada de más de 45 minutos.

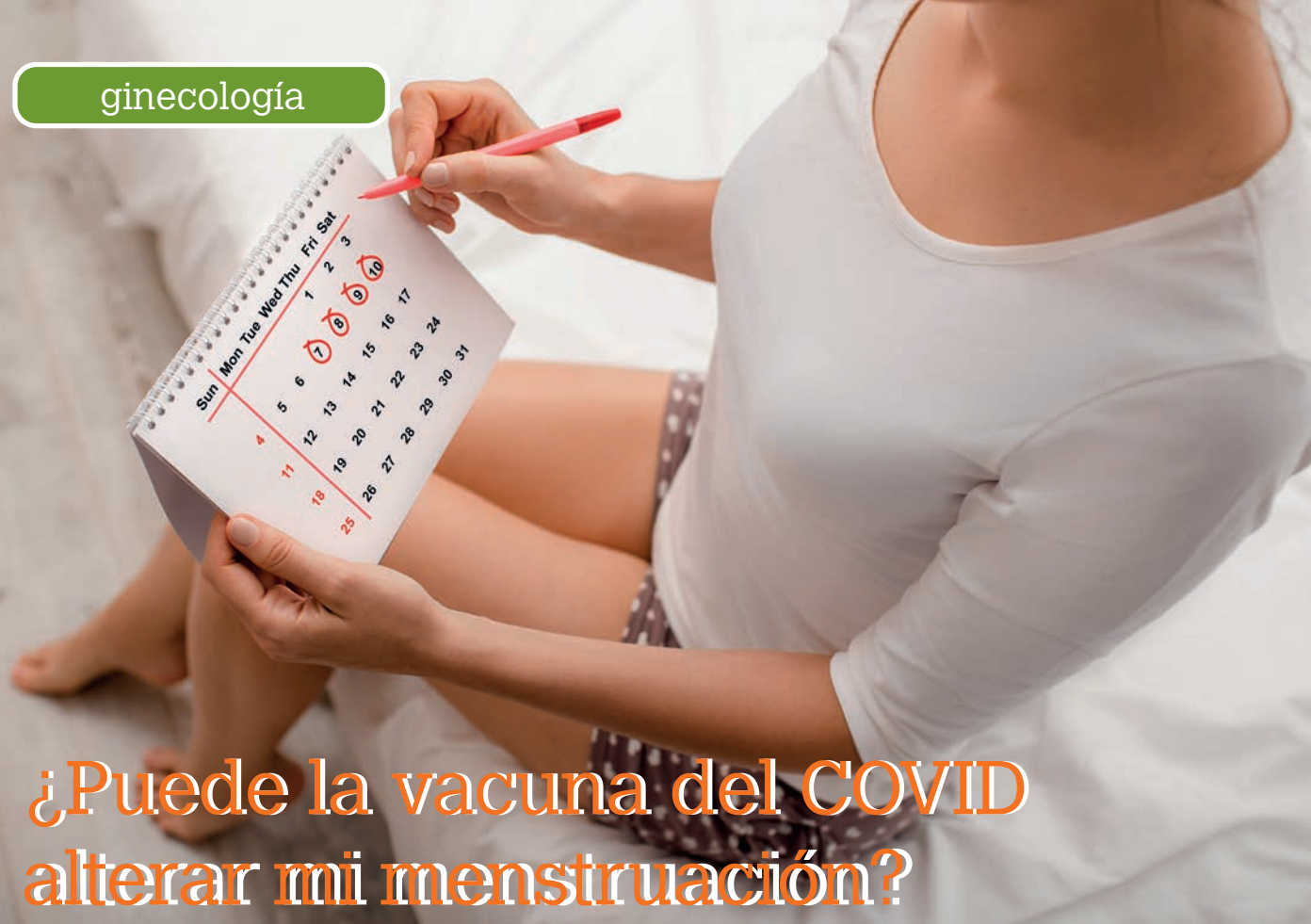
Además, la recomendación durante la realización de ejercicio físico es no llegar a la extenuación, es decir, mantener la intensidad de la actividad que te permite tener una conversación durante la realización de la misma sin notar falta de aire.

Habría que evitar los ejercicios realizados en decúbito supino (tumbada hacia arriba), ya que la presión del útero sobre los principales vasos sanguíneos puede llevar a la hipotensión, mareo... (es el mismo motivo por el cual no debes dormir en esa posición).

Hay que tener en cuenta que la ganancia de peso y el cambio en el centro de gravedad asociado al aumento del tamaño del útero deriva en lordosis lumbar (curvatura excesiva en la parte baja de la espalda), lo que hace que muchas mujeres presenten dolor de espalda. En este caso, el ejercicio en el agua es una buena opción.

¿Cuándo dejar de practicar deporte en el embarazo?

El ejercicio durante el embarazo no debería causar ningún malestar: en caso de hacerlo, deberías dar por finalizada la actividad y consultar con tu médico rápidamente, especialmente en caso de notar contracciones uterinas, sangrado, dolor torácico o abdominal, pérdida de líquido amniótico, dificultad respiratoria, mareo...



¿Puede la vacuna del COVID alterar mi menstruación?

Cristina Luna Álvarez, Ligia Gil Melgosa, Verónica Gómez García, Marta Benito Vielba, Victoria Pallarés Arnal y Marta Castellá Segarra.

Facultativos Especialistas Ginecología y Obstetricia. Hospital de Barbastro. Huesca

Son numerosas las mujeres que vemos en consultas, así como conocidas que nos preguntan, que afirman que su menstruación sufrió algún cambio tras la vacuna del COVID-19: aumentos en la cantidad de sangrado, ausencia o retraso de la regla, dolor abdominal...

Este tema fue especialmente polémico en redes sociales, donde muchas mujeres afirmaron haber tenido este problema. Incluso mujeres ya en menopausia tuvieron un sangrado vaginal tras la vacunación.

¿Qué sabemos de la relación entre la vacunación y las alteraciones menstruales?

En los estudios preliminares que se realizaron previamente a administración de las vacunas, necesarios para la comercialización de las mismas, se analizaron múltiples aspectos de seguridad y se describieron diversos efectos secundarios, como el dolor en el lugar del pinchazo, la fiebre, dolores musculares... pero no se analizaron los efectos adversos que la vacuna podría tener sobre la menstruación. Este hecho hace que la mayoría de estudios existentes sean retrospectivos, es decir, que se realizan analizando sucesos que ya han sucedido. Es decir: consisten en preguntar a

las mujeres si su regla ha sido distinta tras la vacuna, haciéndolo en muchos casos días o meses después de la vacunación. Este tipo de estudio tiene poca calidad desde el punto de vista de la evidencia científica, ya que se desconoce la precisión de los cambios menstruales (tras 2 meses, por ejemplo, es difícil acordarse exactamente cómo fue la regla) y si hubo simultáneamente otros factores que pudieran modificar el ciclo menstrual (ambientales, hormonales...).

Para intentar paliar este sesgo, existen investigaciones que extraen los datos de aplicaciones de móvil de control de ciclo menstrual, lo que permite también estudiar cómo son habitualmente las reglas de la mujer, aunque no controlan otros factores externos.

Lo ideal a nivel científico, sería estudiar el patrón menstrual de estas mujeres desde antes de la vacuna, para así poder monitorizar las menstruaciones posteriores y controlar otros factores que pudieran modificar el ciclo, lo que dota al estudio de mayor fiabilidad. De este tipo de trabajos hay muy pocos publicados, y, los que hay, no han encontrado relación entre la vacuna para COVID-19 y los cambios en la menstruación.

Hasta el momento, pues, no se ha encontrado evidencia científica de alta calidad que confirme lo que a menudo vemos en las consultas. Los estudios de baja calidad que sí que han

encontrado asociación refieren que se trata de cambios en duración o cantidad del sangrado que no suelen durar más que uno o dos ciclos menstruales, por lo que son reversibles en un corto periodo de tiempo.

Tampoco se ha descrito cuál sería el motivo de estos posibles cambios: desconocemos hasta el momento qué es lo que haría la vacuna en nuestro cuerpo para que la regla fuera distinta a lo que es habitualmente.

Así pues, ¿los cambios que tuve en mi regla tras la vacuna del COVID-19 no fueron por la vacuna?

No podemos ser tan taxativos. Hasta el momento no se ha encontrado una relación clara, pero no podemos descartar que en un futuro aparezca algún estudio que nos haga cambiar de parecer.

Se han sospechado afectaciones en la regla tras la administración de otras vacunas (VPH, hepatitis...) pero, de igual modo a como sucede con el SARS-CoV-2, no se ha llegado a demostrar una relación de causalidad entre estas vacunas y los cambios en el ciclo menstrual en los estudios realizados hasta ahora. En cualquier caso, si has observado algún cambio en tu menstruación, es importante que consultes a tu médico, ya sea en relación o no con la vacuna.

Me han diagnosticado liquen escleroatrófico vulvar... ¿Qué es lo que tengo?

Cristina Luna Álvarez, Ligia Gil Melgosa, Verónica Gómez García, Marta Benito Vielba, Victoria Pallarés Arnal y Marta Castellá Segarra.

Facultativos Especialistas Ginecología y Obstetricia. Hospital de Barbastro. Huesca

El liquen escleroso o escleroatrófico vulvar es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a la vulva. Se da en un 3% de las mujeres adultas y en 0.1% de niñas, aunque estos datos podrían estar infraestimados y la prevalencia de esta entidad podría ser mayor.

Sus síntomas más típicos son el picor y dolor vulvar, que puede resultar muy incapacitante, llevando a sangrado por rascado. También se puede producir dolor durante las relaciones sexuales y molestias durante la micción. Puede producir afectación de la zona anal, causando también picor, molestias con la defecación y fisuras anales.

El diagnóstico se realiza mediante la exploración física realizada por un médico (puede no ser sencillo), apreciando la piel atrófica, fina, de color blanquecino, con erosiones y fisuras, abarcando clitoris, labios mayores y menores, periné y ano.

A veces para el correcto diagnóstico es necesaria una biopsia de la zona, para confirmar la lesión mediante el estudio de las células al microscopio.

¿Y por qué a mí?

La causa del liquen escleroatrófico es desconocida. Se ha asociado con diversos factores de riesgo, como las enfermedades autoinmunes y la *Borrelia burgdorferi* (bacteria causan-

te de la Enfermedad de Lyme, transmitida por garrapatas). También se ha visto agregación familiar, lo que lleva a pensar que exista un componente genético. Además, el hecho de que se presente típicamente en mujeres perimenopáusicas y en niñas, hace pensar que pueda haber cierta influencia hormonal, aunque esta todavía no se ha logrado demostrar.

¿Cuál es el tratamiento?

El tratamiento se hace, por lo general, con pomadas de corticosteroides, que se deberán administrar de manera continua, ya que se trata de un trastorno crónico. Se debe aplicar la mínima dosis eficaz para disminuir los síntomas. Hay mujeres a las que este fármaco no les funciona lo suficiente, por lo que hay que recurrir a otro tipo de tratamientos.

Es importante instaurar el tratamiento de manera precoz, ya no solo para la mejoría de los síntomas, sino para intentar evitar la evolución de las lesiones y reducir las secuelas. Puede ayudar a la mejora de los síntomas el evitar irritantes y no usar prendas ajustada. En cualquier caso, el liquen escleroatrófico debe ser tratado, aunque no presente síntomas.

¿Qué puedo esperar tras el inicio del tratamiento?

Tras haber dado con el tratamiento adecuado a su caso, con el que presente mejoría, deberá

seguir los controles estipulados con tu ginecólogo ya que, aunque no es muy frecuente, el liquen escleroatrófico puede dar lugar a cáncer de vulva. Es importante que consulte si aparece una lesión vulvar que no estaba previamente o el tratamiento deja de ser tan efectivo.

¿Qué otras patologías pueden presentar picor genital?

Aunque este artículo está dedicado al liquen escleroatrófico, es importante saber que no todos los casos de picor vulvar acaban con este diagnóstico, de hecho, es uno de los diagnósticos menos probables.

Lo más frecuente es que se deba a alteraciones cutáneas irritativas (alergia a tejidos, jabones, detergentes de la ropa...) o a una infección cutánea por hongos. Además, otras enfermedades dermatológicas como la psoriasis o la dermatitis atópica, pueden tener afectación en esta zona, además de en otras partes del cuerpo.

El cese de la producción de estrógenos tras la menopausia también lleva a atrofia de la zona genital, que se acompaña a menudo de sequedad vaginal y picor, así como molestias con las relaciones.

El tratamiento en todas estas patologías es distinto al del liquen escleroatrófico, por lo que es preciso un diagnóstico médico para iniciar tratamiento adecuado.

Principales complicaciones de la lactancia materna



Ligia Gil Melgosa, Verónica Gómez García, Cristina Luna Álvarez, Marta Castellá Segarra, Victoria Pallarés Arnal y Marta Benito Vielba.

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Barbastro

La Organización Mundial de la Salud recomienda que los recién nacidos sean amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses de vida, después se introducirán alimentos complementarios, nutricionalmente adecuados y seguros.

Aunque la lactancia materna es un proceso natural, se necesita un correcto aprendizaje y una técnica adecuada para llevarla a cabo con éxito. La primera toma debe realizarse lo más precozmente posible, a ser posible en la misma sala de partos.

La posición del lactante es fundamental. Debe tomar el pecho de frente, a la altura del pezón, con el cuerpo en íntimo contacto con el de su madre y con la nariz a la misma altura que el pezón. Los labios deben estar abiertos y evertidos para acoplarse a la areola para una correcta succión.

El seguimiento de los profesionales los primeros días del inicio de la lactancia se considera un factor positivo en el éxito de la misma. Durante la lactancia pueden surgir dificultades que impidan el éxito del proceso de lactancia, entre los más frecuentes se encuentran: el dolor y las grietas en el pezón, la ingurgitación mamaria y la mastitis. Estos problemas son el motivo de que muchas mujeres decidan dejar la lactancia cuando son problemas que pueden ser prevenidos y aliviados si se reconocen y se alivian precozmente.

Dolor en los pezones

Durante los primeros días tras el parto es normal que duelan los pezones, sobre todo al inicio de la toma. Cuando el dolor persiste después de los primeros días y no se limita solo al inicio de la toma puede existir algún problema. El motivo más frecuente de dolor en los pezones es la mala colocación del bebé, por lo que no succiona de forma adecuada. El

dolor de pezones en la mayoría de los casos se corregirá con una correcta colocación.

Grietas

Las grietas son una de las principales causas de abandono de la lactancia materna. Suelen aparecer los primeros días de lactancia. La paciente con grietas presenta máximo dolor al inicio de la toma, disminuye posteriormente y desaparece cuando el bebé suelta el pecho. El recién nacido puede presentar algún vómito hemático secundario a sangre materna deglutida.

Al igual que sucede con el dolor de los pezones, la principal causa de la aparición de grietas es la mala posición del recién nacido. El pezón al ser mal agarrado es traumatizado por las encías o por compresión con el paladar duro. Otras causas son el lavado frecuente y la aplicación de pomadas que condicionan la desaparición de la secreción protectora de las glándulas. Pueden aparecer cuando el recién nacido presenta alguna anomalía anatómica como frenillo lingual o labial o micrognatia. En ocasiones aparecen grietas en mujeres que siguen una técnica adecuada.

Lo ideal para evitar la aparición de grietas es conseguir una correcta colocación del bebé al pecho, si se consigue una correcta posición las grietas curarán espontáneamente. La aplicación de unas gotas de leche sobre la grieta y dejar secar al aire puede ayudar a cicatrizar. En algunos casos pueden ser útiles cremas a base de vitaminas A y D o corticoides suaves. En casos de sobreinfección de las grietas pueden ser necesarios antibióticos o antifúngicos.

Ingurgitación mamaria

Quando se produce una **ingurgitación mamaria**, el pecho se llena de leche y líquido tisular; dificultando el drenaje venoso y el linfático, obstaculizando el flujo de leche y aumentando la presión en los conductos lácteos.

Esto hace que las mamas se inflamen y se distiendan. Suele aparecer entre el segundo y quinto día posparto.

La madre que sufre una ingurgitación presenta un aumento del volumen mamario bilateral, con calor, dolor y endurecimiento mamario. Suele darse por un retraso en el inicio de la lactancia o un vaciado ineficaz de las mismas.

El tratamiento consiste en calor húmedo local, analgesia y antiinflamatorios, vaciando la mama de forma natural y si no es posible mecánicamente. El masaje mamario antes del amamantamiento o del vaciado de la mama puede ayudar.

Mastitis

Se trata de un proceso infeccioso de la glándula mamaria. La mayoría de los casos de mastitis ocurren durante las primeras doce semanas, aunque puede ocurrir durante cualquier momento de la lactancia.

La ingurgitación, las grietas tratadas de forma incorrecta pueden ser los principales factores predisponentes para las mastitis. Clásicamente se han considerado a los *staphylococcus* como los causantes de la mayoría de las mastitis.

La paciente con mastitis presentará malestar general, dolor unilateral, enrojecimiento, inflamación local, fiebre, escalofríos y mialgias. En la exploración física se objetiva eritema localizado, edema e hipersensibilidad y en ocasiones puede convertirse en un absceso.

El tratamiento consiste en la colocación adecuada del lactante, la adecuada evacuación de la leche, antiinflamatorios y antibióticos. Los antibióticos de primera línea son la cloxacilina, la amoxicilina con clavulánico y las cefalosporinas. En el caso de alergia a las penicilinas se recomienda clindamicina o eritromicina. En el caso de que progrese a absceso puede requerir drenaje quirúrgico.

La nutrición durante la gestación

Ligia Gil Melgosa, Marta Benito Vielba, Cristina Luna Álvarez, Marta Castellá Segarra, Victoria Pallarés Arnal y Verónica Gómez García

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Barbastro

Durante la gestación, no es necesario “comer por dos”. Dado que la dependencia del feto del organismo es absoluta, la dieta de la madre debe ser suficiente para asegurar la salud materna y fetal. La alimentación es un pilar muy importante durante la gestación, puesto que debe responder a las necesidades del organismo materno con un aporte calórico adecuado; para ello se aconseja una dieta variada y equilibrada. Es recomendable que la gestante haga cinco comidas al día, manteniendo estables los niveles de glucosa durante el día.

Se recomienda un incremento ponderal durante la gestación entre los 10 y los 16kg, aunque esta ganancia ponderal debe ir relacionada con el IMC pregestacional, de manera que cuanto mayor sea el IMC antes del embarazo menor debe ser la ganancia ponderal y viceversa.

La nutrición tiene una importancia vital para el crecimiento y las funciones corporales en los primeros estadios de la vida. Se han relacionado enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la edad adulta con el peso al nacer y durante el primer año de vida y estos están directamente relacionados con la alimentación materna durante la gestación. El aporte energético extra supone unas 200-300kcal/día durante el embarazo y 500kcal/día en el periodo de lactancia.

Necesidades nutricionales

Respecto a las necesidades nutricionales, las proteínas deberán aportar entre el 10-35% de la energía, los hidratos de carbono entre el 45-65% y las grasas entre el 20-35%. Se recomienda un aumento de consumo de fruta, verduras, legumbres, cereales y fibra. Se aconseja

ingerir entre medio litro y un litro de leche o productos lácteos, preferiblemente desnatados. Durante el embarazo se intentarán reducir los alimentos ricos en grasas animales y aquellos con alto contenido de azúcar. La sal que acompañe a los alimentos deberá ser yodada. Se aconseja consumir pescado, rico en proteínas y omega 3 y bajo en grasas saturadas. Respecto al aporte hídrico recomendado, oscila entre 2-2,5l diarios.

En algunos casos, las gestantes requieren una valoración individualizada respecto a la nutrición. Es el caso de las adolescentes, pacientes dependientes, desnutridas con bajo peso u obesidad preconcepcional, antecedentes de fetos con bajo peso, embarazo múltiple, diabéticas, trastornos digestivos, trastornos de alimentación, etc...

Dieta vegetarianas

En el caso de dietas vegetarianas durante el embarazo, hay que tener en cuenta que pueden ser insuficientes los aportes de hierro, aminoácidos esenciales, calcio, lípidos complejos, vitamina D o B12 entre otros, por lo que se deberá valorar cada caso individualmente por si fuera necesario realizar suplementos.

Respecto a madres con enfermedad celiaca, hay estudios que sugieren que aquellas que no siguen una dieta estricta libre de gluten tienen más tasa de fallo reproductivo, por lo que la dieta deberá ser libre de gluten.

Aquellas embarazadas con intolerancia a la lactosa pueden ser susceptibles de no cubrir las necesidades suficientes de calcio por lo que habrá que valorar el añadir suplemento si se considera necesario.

Existen infecciones transmitidas a través de los alimentos que pueden causar enfermedad materna y riesgo fetal. Para reducir estos riesgos se recomienda:

- Buena higiene personal, lavado de manos frecuente.
- Lavado de frutas y hortalizas crudas con lejía apta para desinfección de alimentos.
- Cocinar completamente las carnes, pescados y huevos.
- Evitar productos no pasteurizados.
- Moderar el consumo de cafeína.
- Evitar productos de herboristería, no se tiene información sobre la seguridad y podrían causar efectos secundarios o potenciales efectos perjudiciales.
- Mantener buena higiene de las superficies donde se prepara la comida.

En concreto, la listeriosis y la toxoplasmosis son dos infecciones con posibilidad de transmisión vertical que pueden evitarse siguiendo normales y cuidados en la alimentación.

Listeriosis

- Consumir alimentos pasteurizados
- Evitar patés.
- Evitar ingestión de pescado o crustáceos frescos.
- Lavar bien frutas, verduras y hierbas aromáticas.
- Lavarse bien las manos después de manipular alimentos crudos.
- Limpiar bien la nevera con agua y lejía y mantener una temperatura de 4º.

Toxoplasmosis

- Consumir carne hecha, no cruda.
- Lavar bien frutas y hortalizas.
- Lavado de manos después de manipular carne cruda o tierra de jardín.
- Evitar contacto con gatos.
- La congelación de los alimentos destruye al parásito.
- Utilizar guantes para trabajos de jardinería.

Patología del suelo pélvico: incontinencia urinaria

Ligia Gil Melgosa, Verónica Gómez García, Cristina Luna Álvarez, Marta Castellá Segarra, Victoria Pallarés Arnal y Marta Benito Vielba.
Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Barbastro

La patología de suelo pélvico que con más frecuencia se atiende en las consultas de ginecología son el prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria. Aunque es una patología muy frecuente son muchas las pacientes que no consultan al especialista.

Incontinencia urinaria

La incontinencia de orina se define como la pérdida involuntaria de orina, que implica un problema social y de higiene y que afecta a la calidad de vida. La incontinencia urinaria es un cuadro muy frecuente y su prevalencia está estrechamente ligada a la edad. En mujeres menores de 50 años la prevalencia se sitúa en un 25%, mientras que aumenta al 33% en mujeres de 60 años.

Hay varios tipos de incontinencia urinaria (IU):

- **IU de esfuerzo:** es la pérdida involuntaria de orina que coincide con un aumento de la presión abdominal, desencadenado por la actividad física. Ocurre con la tos, el estornudo, el ejercicio, etc.
- **IU de urgencia o vejiga hiperactiva:** es la pérdida urinaria que se asocia a un fuerte deseo de orinar, suele acompañarse de un aumento de la frecuencia urinaria diurna y nocturna.
- **IU Mixta:** es la que combina ambas, la de esfuerzo y la de urgencia.
- **IU por rebosamiento:** pérdida involuntaria que se manifiesta por goteo, asociada a retención urinaria.

- **IU continua:** es la pérdida involuntaria de orina en ausencia de deseo miccional.

Entre los factores predisponentes para desarrollar incontinencia urinaria se encuentran los siguientes: el embarazo y el parto, la obesidad, el envejecimiento, el déficit estrogénico, el tabaquismo, la toma de determinados fármacos así como enfermedades del sistema nervioso central o musculoesqueléticas que pueden contribuir a la aparición de incontinencia.

Para el diagnóstico es fundamental una anamnesis completa y una exploración física detallada, identificando los factores de riesgo, la gravedad de la incontinencia y sobre todo el tipo de incontinencia del que se trata. En determinados casos algo más complejos, pueden ser necesarios estudios adicionales como los test urodinámicos.

El tratamiento de la incontinencia va a ser diferente en cada tipo de incontinencia puesto que la fisiopatología de cada una de ellas es diferente. A continuación nos centraremos en el tratamiento de la IU de esfuerzo y de la IU de urgencia, las que se ven más habitualmente en las consultas de ginecología.

Tratamiento de la IU de esfuerzo

Se basa en dos pilares fundamentales: tratamiento conservador y quirúrgico. El tratamiento farmacológico no ha demostrado utilidad en la incontinencia de esfuerzo.

- **Conservador:** es el indicado en casos leves o moderados. Comenzará con cambios en el

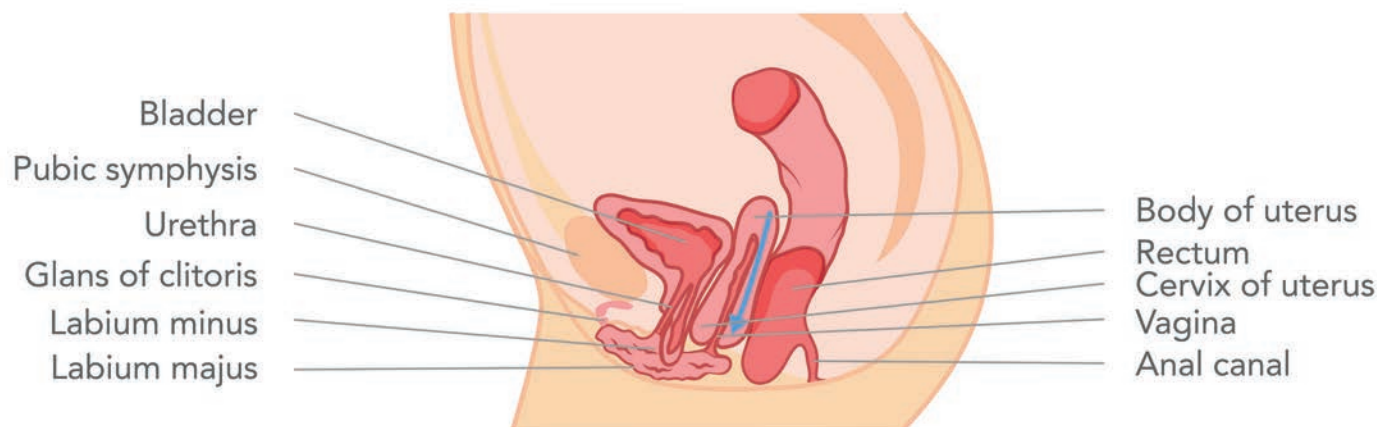
estilo de vida, intentando limitar los factores de riesgo conocidos, como por ejemplo el tabaco o la obesidad. Dentro del tratamiento conservador se incluyen también los ejercicios de la musculatura del suelo pélvico, útiles tanto en la prevención como en el tratamiento.

- **Quirúrgico:** el objetivo es estabilizar la uretra en los casos de hipermovilidad o coaptarla en casos de una disfunción intrínseca de la uretra. Aunque se han descrito numerosas técnicas, la más utilizada y de elección es la cinta suburetral de material sintético. Consiste en la colocación de una malla libre de tensión bajo la uretra media. Se coloca la malla por vía transvaginal, se puede fijar retropública (TVT) o a través de los agujeros obturadores de la pelvis (TOT). Son técnicas mínimamente invasivas y que han demostrado tasas de curación cercanas al 90%.

Tratamiento de la IU de urgencia

- **Conservador:** Fundamentado en los cambios de estilo de vida, fisioterapia y reeducación vesical. La electroestimulación también ha conseguido buenos resultados.
- **Farmacológico:** el objetivo de los fármacos es inhibir las contracciones involuntarias del músculo detrusor de la vejiga. Hay numerosos fármacos que pueden ser útiles. Actualmente en primera línea se encuentra el mirabegrón, un agonista β_3 adrenérgico. Otros fármacos con efectos antimuscarínicos y anticolinérgicos pueden ser también útiles.

UTERINE PROLAPSE



Patología del suelo pélvico: prolapso de órganos pélvicos

Ligia Gil Melgosa, Verónica Gómez García, Cristina Luna Álvarez, Marta Castellá Segarra, Victoria Pallarés Arnal y Marta Benito Vielba.

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Barbastro

La patología de suelo pélvico que con más frecuencia se atiende en las consultas de ginecología es el prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia urinaria. Aunque es una patología muy frecuente son muchas las pacientes que no consultan al especialista.

Prolapso de órganos pélvicos

El prolapso de órganos pélvico se da como consecuencia de un fallo en las estructuras de soporte, por lo que descienden y se desplazan a través de la vagina los órganos pélvicos, incluyendo el útero, la vagina, la uretra, la vejiga, el recto, el colon sigmoide e incluso el intestino delgado.

Es una patología muy común que afecta a más del 50% de las mujeres que han tenido hijos, la incidencia aumenta con la edad y entre un 6 y un 20% necesitarán corrección quirúrgica. La lesión de los tejidos pélvicos suele producirse en los partos, aunque existen otros factores de riesgo como la obesidad, factores congénitos, alteraciones del colágeno, enfermedades respiratorias crónicas, actividades asociadas a valsava repetido, etc....

La paciente con prolapso de órganos pélvicos consulta por sensación de bulto genital que puede asociar otras disfunciones de suelo pélvico, como disfunciones urinarias, defecatorias, sexuales o de dolor pélvico crónico y afectar a la calidad de vida en mayor o menor grado.

Para definir el órgano que está prolapso en cada caso utilizaremos la nomenclatura clásica de cistocele (vejiga), uretrocele (uretra), histeroptosis (útero), rectocele (recto), enterocele (intestino) o prolapso de cúpula vaginal en pacientes histerectomizadas.

El prolapso se va a clasificar en cuatro grados, tomando de referencia el himen:

- Grado 1: el compartimento prolapso está en la mitad de camino al himen.
- Grado 2: a la altura del himen.
- Grado 3: sobrepasa el himen
- Grado 4: prolapso total del compartimento.

Para el diagnóstico es preciso una anamnesis detallada y una exploración física minuciosa. Se precisarán pruebas complementarias específicas, en aquellas ocasiones que se sospeche alguna disfunción concomitante.

El tratamiento dependerá esencialmente de la clínica y de la afectación de la calidad de vida. Sólo se tratarán los prolapso sintomáticos y de grado 2 o superior. El tratamiento podrá ser conservador o quirúrgico.

Tratamiento conservador

Será de elección en los casos que el prolapso no afecte a la calidad de vida, no produzca clínica o haya contraindicación para la cirugía. Será necesario minimizar los factores de riesgo: obesidad, estreñimiento, aumentos crónicos de

la presión abdominal, tabaquismo, etc....).

Los ejercicios de la musculatura de suelo pélvico han demostrado eficacia. La paciente los puede realizar sola una vez que se los hayan explicado de forma adecuada o podrá ser derivada a unidades especializadas de rehabilitación o fisioterapia de suelo pélvico.

Las pacientes que presenten de forma concomitante atrofia vulvovaginal se beneficiarán de tratamiento con estrógenos locales.

En casos individualizados se pueden utilizar pesarios vaginales. Son dispositivos de plástico o silicona extraíbles, que se colocan en el interior de la vagina y sirven para dar soporte a las estructuras prolapso.

Tratamiento quirúrgico

Está indicado cuando el prolapso es muy sintomático y afecta la calidad de vida. Con el tratamiento quirúrgico se restaura la funcionalidad, manteniendo la longitud y el eje de la vagina. La misión del tratamiento quirúrgico es conseguir el mejor resultado anatómico y funcional.

El abordaje suele ser vaginal, aunque también se puede realizar por cirugía abdominal abierta o laparoscópica. Existen diferentes técnicas según el compartimento prolapso. Deberán aplicarse medidas encaminadas para prevenir las recurrencias del mismo.



MERRELL®

BOREAL®

HH®
HellyHansen

THE
NORTH
FACE®

S
salomon

trangoworld

H
HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online
Para estar más cerca de ti



La Puerta Verde Panticosa
San Miguel, 22. 22661 Panticosa. Huesca
T 974 487 349
lapuertaverdepanticosa@hotmail.com

www.lapuertaverdepanticosa.com



CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DE LA REVISTA ZONA HOSPITALARIA ARAGÓN

- Se edita en digital y su pdf se envía a los suscriptores.
- La escribe el profesional sanitario (público y privado) de Aragón.
- Tamaño DIN A4 (210 mm ancho x 297 mm alto).
- Tiene 3.142 suscriptores.
- Periodicidad Bimestral (un número cada dos meses, 6 números al año).
- Distribución el día 1 de los meses pares: 1 Feb, 1 Abr, 1 Jun, 1 Ago, 1 Oct y 1 Dic.

FORMATOS Y TARIFAS DE PUBLICIDAD

- **ANUNCIO EN CONTRAPORTADA**, tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto = **400 €+IVA/Número**.
- **ANUNCIO O PUBLIRREPORTAJE DE 1 PÁGINA** tamaño 210 mm ancho x 297 mm alto = **200 €+IVA/Número**.
- **ANUNCIO DE 1/2 PÁGINA** tamaño 182 mm ancho x 130 mm alto = **150 €+IVA/Número**.
- **ANUNCIO FALDÓN** tamaño 182 mm ancho x 60 mm alto = **100 €+IVA/Número**.

NOTA: Las empresas que participéis durante seis números seguidos (un año) abonáis cinco inserciones y la sexta gratis.

BANNER o ARTÍCULO EN LA WEB: zonahospitalaria.com

- 1- Publicar el **banner de cabecera** en todas las páginas, tamaño 1092 ancho x 96 pixeles de alto, son **150 €+IVA/mes**.
- 2- Publicar un **banner de 1 módulo** tamaño 230 ancho x 170 pixeles de alto, solo en la página Home son **100 €+IVA/mes**. Si quieres que este banner aparezca también en la página de Navarra o de Aragón, añadir 50 €+IVA/mes y página.
- 3- Publicar un banner de 1 módulo, en la página de Navarra o Aragón son **50 €+IVA/mes y página**.
- 4- Publicar un **artículo** solo en la web (página Home), durante 2 meses, son **200 €+IVA**.

NOTA: Según Google Analytics, la web de **ZH** tuvo en 2021 más de 6.245.700 visitas.

CALENDARIO ANUAL (6 números/año)

- Distribución de la revista el día 1 de los meses pares: 1 feb, 1 abr, 1 jun, 1 ago, 1 oct y 1 dic.
- Necesito el contenido 20 días antes de la distribución: 10 ene, 10 mar, 10 may, 10 jul, 10 sep y 10 nov.

Más Información:

M 618 463 122 | aragon@zonahospitalaria.com