

Cuidando de vosotras en todas las etapas de la vida

Área de Asistencia a la Salud de la Mujer



Hospital  quirónsalud
Zaragoza



Área de Asistencia a la Salud de la Mujer

Cuidando de vosotras en todas las etapas de la vida

1. Adolescencia: ginecología 6
2. Edad plena: reproducción asistida, embarazo y parto 8
3. Especialidad cáncer ginecológico y de mama 14
4. Menopausia y suelo pélvico 20



Por ellas...

El proceso de un embarazo, los cambios con la primera menstruación, el apoyo ante una enfermedad, las alteraciones en la menopausia... A lo largo de su vida la mujer pasa por diferentes etapas en las que su salud, por el propio hecho de ser mujer, merece una atención especial. Y es que las características fisiológicas de la mujer y todas sus capacidades la convierten en un elemento fundamental como creadora y protectora de vida.

Por eso, desde **Quirónsalud** queremos dedicar el mes de mayo a visibilizar esa atención integral a salud de la mujer, a recorrer los momentos cruciales en su vida y, por supuesto, en su salud, de la mano de los mejores especialistas.

Y ese recorrido se plasma en este cuaderno que analiza el equipo de profesionales que componen el **Área de Asistencia a la Salud de la Mujer de Quirónsalud Zaragoza**. Desde la pubertad hasta el climaterio, pasando por embarazos y partos, procesos de reproducción asistida o enfermedades ginecológicas. Todo ello rompiendo tabúes y acercando algo tan importante y natural como es la salud de la mujer a todos los que nos preocupamos por ellas y a ellas mismas.

Y es por ellas, madres, hermanas, esposas, hijas, amigas, compañeras... por quienes todo el **equipo humano de Quirónsalud Zaragoza** se suma a esta iniciativa que pretende poner de manifiesto todo aquello que, en el ámbito profesional y social, hacemos y estamos dispuestos a hacer por ellas, con el objetivo de ayudar, apoyar, prevenir y curar todo aquello que, por ser mujer, pueden experimentar durante su trayectoria vital y contribuir a mejorar así su bienestar y su calidad de vida y la de quienes las rodean.

Os animamos a compartirlo, por ellas.

Adolescencia

Ginecología infanto-juvenil

La puesta funcionamiento de las hormonas sexuales marca el inicio de la pubertad, una época de cambios que comienza en la adolescencia con la aparición de vello en zonas púbica y axilar, el crecimiento de la glándula mamaria, cambios dermatológicos, etc. y que perdura hasta más allá de la aparición de la primera menstruación.

Primera visita al ginecólogo

Aunque la mayoría de las mujeres realizan su primera visita al ginecólogo en la edad adulta, existen algunas afecciones que pueden motivar una consulta más temprana como es el caso de alteraciones en la menstruación: inicio precoz o tardío, variaciones en la cantidad o regularidad, o dolor asociado a la misma (dismenorrea).

Los cambios dermatológicos pueden ser otro motivo de visita precoz al ginecólogo ya que, en ocasiones, conllevan un exceso de acné y/o vello relacionados con alteraciones en la menstruación. Asimismo, los síntomas asociados a la presencia de infecciones vulvares o vaginales como el aumento de flujo vaginal o molestia vulvar (prurito, escozor, quemazón, etc.) son otra causa común de consulta ginecológica en edad adolescente.

Aunque la primera visita ginecológica suele consistir solamente una charla entre la paciente y su especialista para aclarar sus dudas sobre los síntomas que presenta y las posibles soluciones, es normal presentar cierta ansiedad o nervios. En el caso de precisar un examen clínico ginecológico, éste se basará fundamentalmente en una inspección y se realizará siempre con el máximo cuidado. En ocasiones, también es necesario realizar pruebas complementarias no invasivas como una ecografía, analítica de sangre o un cultivo del exudado vaginal, con el objetivo de velar por la salud de la adolescente.



Dr. Óscar Gil
Dra. Marta Lamarca
Ginecología y Obstetricia

Prevención y anticoncepción

Durante la adolescencia se pueden iniciar las primeras relaciones sexuales, por lo que la prevención tanto de enfermedades de transmisión sexual (VIH, sífilis, gonorrea, virus del papiloma humano), como de posibles embarazos no deseados es muy importante.

La anticoncepción consiste en la prevención de un embarazo no deseado mediante la utilización de métodos transitorios que permitan recuperar la fertilidad al dejar de usarlos.

Actualmente, los métodos para la anticoncepción son muy diversos tanto en su mecanismo de acción como en su utilización. Además de la fiabilidad anticonceptiva, el bienestar y la calidad de vida para la paciente son los principales factores a tener en cuenta a la hora de plantearse la utilización de alguno de estos métodos anticonceptivos, que actúan sobre el patrón de sangrado menstrual, la dismenorrea o dolor menstrual, alteraciones cutáneas o retención de líquidos.



Edad plena

Reproduccion Asistida

Aumento de las técnicas de reproducción asistida

La edad de la mujer es uno de los motivos fundamentales por los que cada vez se utilizan más técnicas de reproducción asistida para lograr un embarazo. La edad materna cada vez es más elevada y esto se justifica por varios motivos sociales como la incorporación de la mujer a la vida laboral, el acceso a puestos de mayor responsabilidad que requieren más dedicación, carreras de larga duración o superespecializaciones. Por otra parte, la dificultad para conseguir un puesto de trabajo remunerado también retrasa el momento para buscar la gestación.

Asimismo en los últimos años se está notando un aumento de parejas homosexuales que recurren a técnicas de reproducción asistida buscando un embarazo o segundas parejas que quieren un hijo en común y no llega de forma natural.

La necesidad de la mujer de preservar su fertilidad por motivos de enfermedad como cáncer o endometriosis, o bien por motivos sociales como no haber encontrado la pareja adecuada o no haber terminado de desarrollarse profesionalmente hace que se realicen más ciclos de reproducción asistida.

Según el último registro de la Sociedad Española de Fertilidad, el 47,6% de los ciclos de FIV/ICSI con ovocitos propios que se realizaron fue en mujeres entre los 35-39 años. Un 20,2% en mujeres mayores o iguales de 40 años y un 29,7% de menos de 35 años.

Cuándo consultar con el especialista

La Sociedad Española de Fertilidad recomienda iniciar el estudio de esterilidad básico en una pareja que no consigue gestación tras 1 año de relaciones sexuales no protegidas, salvo que exista algún motivo adicional que haga que se tenga que adelantar dicho estudio. Es el caso de mujeres con más de 35 años.

Factores femeninos y masculinos que aconsejan un estudio precoz:	
Mujer	Hombre
Edad >35 años	Patología genital previa
Amenorrea o oligomenorrea de >6 meses	Cirugía urogenital previa
Enfermedad inflamatoria pélvica	Enfermedad de transmisión sexual
Cirugía abdominal previa	Exploración genital anormal
Patología uterina, tubárica u ovárica	Enfermedades genéticas
Endometriosis	
Enfermedades genéticas	



Dra. Isabel Giménez
 Dra. Jessica Marqués
 Ginecología y Obstetricia

Patologías más frecuentes en las consultas de reproducción

La edad materna constituye hoy en día el factor más frecuente como causa de esterilidad, seguido de la baja reserva, el factor anovulatorio asociado al síndrome de ovario poliquístico, el factor masculino y la presencia de endometriosis.

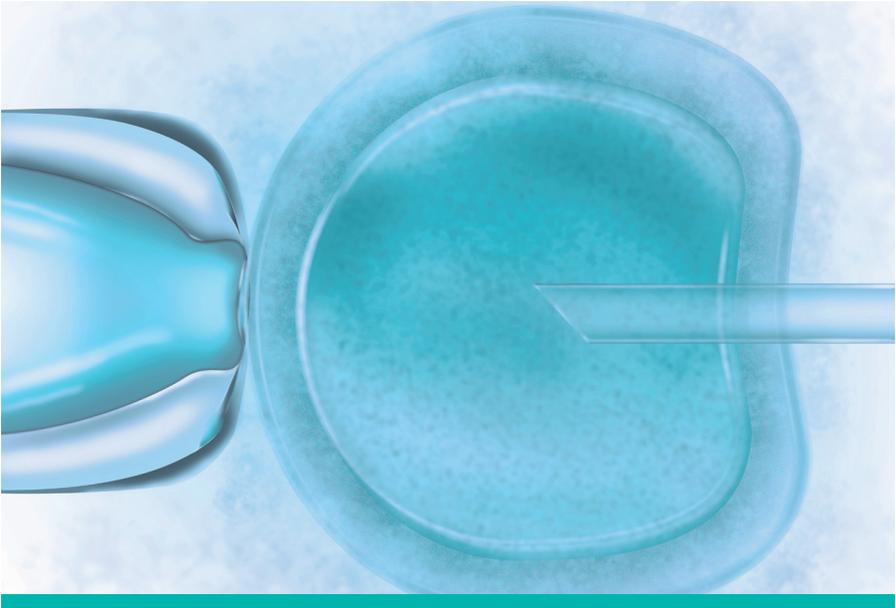
En general, se estima que el 30% de los casos de esterilidad vienen motivados por causa femenina, 30%, causa masculina, 25% causa mixta y 15% origen desconocido.

Estudio básico de esterilidad

Las pruebas más importantes que se realizan en la mujer son la anamnesis y exploración física, ecografía de recuento folicular, analítica hormonal de primera fase de ciclo hormona antimulleriana e histerosalpingografía.

En el caso del varón se realizan pruebas de anamnesis y exploración física seminograma.





Técnicas de reproducción asistida más utilizadas

La Inseminación Artificial Intrauterina, la Fecundación Invitro y la donación de ovocitos.

Según la SEF en el último registro de 2015 se realizaron 127.809 ciclos de Reproducción Asistida (no incluye inseminaciones), de los cuales el 42% (53.679 ciclos) fueron de FIV/ICSI, sin DGP y de ovocitos propios.

El embarazo

El embarazo es, sin duda, uno de los momentos más importantes en la historia vital de una pareja. Concebir, albergar y desarrollar una nueva vida es una experiencia física y emocional apasionante llena de retos de principio a fin.

Primer trimestre

De forma natural, la gestación de un único hijo dura alrededor de las 40 semanas, mientras que un embarazo múltiple, cuya incidencia ha aumentado por el uso de las técnicas de reproducción asistida, puede finalizar algo antes.

El correcto seguimiento del embarazo comienza con una primera consulta en torno a las 2 faltas de menstruación. Ahí se valora el estado de la paciente para identificar posibles factores de riesgo personales y familiares y se confirma mediante ecografía la existencia de un embarazo único o múltiple, así como la vitalidad embrionaria. Se iniciarán suplementos nutricionales beneficiosos, se solucionan dudas sobre alimentación, ejercicio, trabajo y sexo durante el embarazo.

Segundo trimestre

En torno a la semana 20 del embarazo es cuando comienzan a observarse cambios en la futura madre como el aumento de la barriga-el útero queda a nivel del ombligo-, comienzan a percibirse movimientos fetales, hay aumento del volumen mamario y la curvatura final de la espalda se pronuncia.

En esa semana se realiza la ecografía morfológica para un examen detallado de la anatomía del feto y descartar síndromes o malformaciones graves. Se mide el cuello del útero para identificar riesgo de parto pretérmino. Y se confirma definitivamente el sexo del bebé.



Dr. Néstor Herráiz
Dra. Laura Cotaina
Ginecología y Obstetricia

Tercer trimestre

En esta etapa es importante que la ganancia de peso de la madre, preferiblemente entre 9 y 13kg, y que la actividad física sean adecuadas. Se recomienda realizar ejercicios aeróbicos como la natación o el yoga, beneficiosos a nivel general.

Además es importante aprender a prepararse para el parto, psicológica y físicamente. Una buena ejercitación del suelo pélvico y clases de educación maternal cobran relevancia.

El parto

Con el parto llega el esperado final del embarazo. Éste debe **inspirar respeto, pero nunca miedo**. Es primordial que los padres estén a gusto, que las indicaciones médicas respeten sus deseos y, siempre que sea posible, se opte por un parto vaginal seguro. Se intenta fomentar el ‘piel con piel’ y la lactancia materna en un momento en el que se vive una felicidad plena.



Especialidad cáncer ginecológico y de mama

El cáncer ginecológico es una de las principales causas de morbi-mortalidad en la mujer, por lo que supone uno de los miedos a los que ésta se enfrenta, generalmente, una vez pasada su vida reproductiva.

Cáncer de mama

Incidencia

El cáncer de mama es la segunda causa de mortalidad en las mujeres, por detrás de las enfermedades cardiovasculares y seguida de los tumores colorrectales, en el útero, pulmón y ovario, según datos de Globocan 2012.

Las estimaciones de la SEOM indican que 1 de cada 8 mujeres desarrollará un cáncer de mama a lo largo de su vida, principalmente entre los 45 y 65 años. En 2017 se diagnosticaron en España 26.370 nuevos casos, un 35% del total de tumores.

Diagnóstico

El 15% de los cánceres de mama son diagnosticados en mujeres menores de 40 años. Para este grupo la preservación de la fertilidad, que puede verse deteriorada por los fármacos empleados, forma parte del esquema básico de tratamiento. Dentro del objetivo de asegurar una normalidad y un grado alto de satisfacción tras la enfermedad, la posibilidad de cumplir el deseo reproductivo resulta muy conveniente.

Aunque existe un porcentaje de entre el 5 y el 10% de tumores de origen genético, la mayoría de los ellos, el 90%, aparecen de forma esporádica, sin necesidad de tener antecedentes familiares. Esto significa que todas las mujeres con candidatas a desarrollar este tipo de cáncer, por lo que el diagnóstico precoz es la principal herramienta para mejorar el pronóstico.



Dr. Alberto Lanzón
Dr. Fernando Colmenarejo
Dra. Patricia Rubio
Ginecología y Obstetricia

Tratamiento

A pesar de tratarse de la neoplasia maligna más frecuente, los extraordinarios avances a nivel de diagnóstico y tratamiento consiguen tasas muy elevadas de curación con menor número de secuelas a corto y largo plazo. Esto permite a las pacientes retomar su vida en poco tiempo y en mejores condiciones.

El gran desarrollo de las técnicas de diagnóstico por imagen, con la introducción de la mamografía digital y la tomosíntesis (mamografía multiplanar), así como los modernos sistemas de biopsia, hacen posible la puesta en marcha de estrategias de detección temprana que, junto a los nuevos esquemas de tratamiento, consiguen tasas de supervivencia superiores al 90% en estadios precoces. El cáncer de mama es, por tanto, una enfermedad con relativo buen pronóstico si se detecta a tiempo.

Por ello, resulta especialmente importante atender a las campañas de prevención y a los programas poblacionales de detección precoz impulsados por centros médicos especializados o por cada comunidad autónoma.

Actualmente, el concepto de tratamiento integral del cáncer de mama, incluye tanto el control de la enfermedad como la intención de que la mujer recupere la actividad habitual con la mayor precocidad, atendiendo al respeto de su autoestima y calidad de vida.

Por ello, resulta prioritario mantener la autoimagen de la paciente empleando cirugías oncológicas, que conservan la mama y reducen las deformidades y asimetrías o bien las técnicas de reconstrucción en caso de necesitar una cirugía mutilante. Asimismo, los protocolos de manejo conservador de la axila reducen el riesgo de linfedema y la impotencia funcional del brazo. Los grandes avances en radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia, permiten alcanzar porcentajes de supervivencia elevados con menor toxicidad y mayor comodidad para la paciente.

Cáncer de endometrio

Incidencia

El cáncer de endometrio es la neoplasia maligna más frecuente dentro de los tumores ginecológicos. En España se diagnostican 5.400 casos nuevos al año, la mayoría de ellos, el 75%, se detectan en estadios precoces, lo que hace que la supervivencia global a los 5 años sea del 80-85%.

La edad media de diagnóstico se encuentra entre los 60 y 65 años y un 20 % de estos tumores aparecen en edad premenopáusicas.

Los factores de riesgo más importantes para el cáncer de endometrio son la obesidad, diabetes, hipertensión arterial, nuliparidad, síndrome de ovario poliquístico, tratamiento estrogénico sin asociar progesterona y tratamiento con tamoxifeno.

Síntomas

Las mujeres con síndrome de Lynch o cáncer colorrectal hereditario no póliposo tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de colon (80%), de endometrio (40%) y de ovario (10%).

Los síntomas de alerta y que deben hacer que la paciente consulte con un profesional son:

- Cualquier sangrado genital en la etapa postmenopáusicas.
- En etapa premenopáusicas sangrados entre reglas o aumento en la cantidad o duración de la menstruación.

Diagnóstico

Ante cualquiera de estos síntomas se debe realizar una exploración ginecológica con ecografía transvaginal y, si existen signos de sospecha, practicar una biopsia endometrial o una histeroscopia.

Tratamiento

El tratamiento del cáncer de endometrio se basa fundamentalmente en la cirugía y, según los resultados de la misma, se debe asociar radioterapia o quimioterapia para casos avanzados o tumores más agresivos.

Cáncer de ovario

Incidencia

El cáncer de ovario representa 4% de los cánceres de la mujer. Dentro de las neoplasias ginecológicas, excluyendo el cáncer de mama, es el segundo en frecuencia por detrás del cáncer de endometrio.

A nivel mundial se diagnostican 205.000 casos nuevos al año, más de 1 505 en países desarrollados.

En España la tasa de incidencia se considera alta y se diagnostican 3.300 casos nuevos al año. La edad media de diagnóstico son los 63 años. Lo más destacado en este tipo de cáncer reside en su agresividad, ya que supone la primera causa de muerte por cáncer ginecológico.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo más importantes son: raza blanca, infertilidad, menarquia precoz, menopausia tardía, tabaquismo e historia familiar.

Entre un 11 y un 15% de los cánceres de ovario se asocian a una predisposición genética o hereditaria, por lo que en familias en las que haya una paciente con un carcinoma de ovario seroso de alto grado, más aún si se presenta en una edad más joven, se debería realizar un estudio genético y un seguimiento más estricto. Asimismo, las familias con varios miembros con cáncer de mama deberían seguir un estrecho control ovárico por la relación genética que existe entre ambos tumores.

Diagnóstico

El 70% de los cánceres de ovario se diagnostican en estadios avanzados debido a que la clínica es muy anodina con síntomas muy inespecíficos: dolor abdominal, pélvico o en la espalda, hinchazón abdominal, aumento de la frecuencia miccional, estreñimiento o diarrea, anorexia, sensación de saciedad precoz.

El diagnóstico se basa en la combinación de exploración física, ecografía transvaginal y marcadores tumorales en sangre ante el diagnóstico de una neoformación ovárica sospechosa.

Tratamiento

El tratamiento está basado fundamentalmente en la cirugía citorreductora y la quimioterapia. El esfuerzo quirúrgico debe ser máximo ya que el volumen de enfermedad residual tras la cirugía y la sensibilidad del tumor a la quimioterapia van a marcar el pronóstico y la supervivencia de las pacientes.

Cáncer de cuello uterino (cérvix)

Incidencia

El cáncer de cervix o cuello uterino es el tercer cáncer más frecuente en la mujer a nivel mundial. En España se diagnostican 2.500 nuevos casos al año y ocupa el sexto lugar, por detrás del de mama, colorrectal, cuerpo uterino y ovario.

La edad media de diagnóstico es de 45 años, aunque en los últimos años se ha notado un incremento de este tipo de tumores en pacientes jóvenes, menores de 35 años. Antes de los 25 es excepcional y muy poco frecuente pasados los 65 años.

Detección precoz

Los programas de cribado mediante citología cervicovaginal en mujeres sanas han conseguido reducir la incidencia y mortalidad de este tipo de tumor hasta en un 80-90%.

El cribado de cáncer uterino se realiza a mujeres de entre 25 y 65 años, siempre y cuando la paciente no tenga antecedentes previos de displasia y se haya realizado controles adecuados de forma periódica en los 10 años previos.

Síntomas

La sintomatología de este tipo de tumores es poco evidente y puede pasar desapercibida. Por eso, es importante que las pacientes consulten a un profesional ante la aparición de alguno de los siguientes síntomas:

- Sangrado vaginal anormal fuera de la regla.
- Sangrado postcoital.
- Dolor con las relaciones sexuales.
- Flujo vaginal de aspecto purulento.

Diagnóstico y pruebas

El diagnóstico se basa en la exploración física, la colposcopia y la citología y toma de biopsia si procede. Ante el diagnóstico de una lesión precancerígena de alto grado se deberá programar y realizar un conización cervical con legrado endocervical.

Este tipo de intervención no servirá para descartar una lesión en fase invasiva y en un porcentaje muy alto de los casos (80-85%) lograremos eliminar la lesión.

La citología cervicovaginal sirve para identificar aquellas pacientes con lesiones cervicales de alto grado para aplicar el tratamiento adecuado y evitar así la progresión a un cáncer invasor. El factor de riesgo más importante para desarrollar de un cáncer de cuello es la infección

crónica persistente del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR). Además existen cofactores importantes como el tabaco y la inmunosupresión que incrementan el riesgo de aparición de estas lesiones de alto riesgo.

Tratamiento

Las vacunas preventivas de infección de VPH se están recomendando también en pacientes tratadas por lesión de alto grado para mejorar las defensas y disminuir la probabilidad de recidivas.

El tratamiento del cáncer invasor de cérvix incluye la cirugía, radioterapia y quimioterapia según los resultados anatomopatológicos y el estado de la enfermedad.

Cáncer de vulva

Es más típico en edades más avanzadas de la vida y debe ser sospechado ante lesiones o úlceras vulvares que sean rebeldes a los tratamientos habituales. Otros síntomas habituales son el prurito o la vulvodinia (dolor vulvar).

Síntomas habituales

La aparición brusca de estreñimiento, aumento del perímetro abdominal o una disminución de peso pueden ser síntomas de un cáncer ginecológico.

El sangrado genital anómalo, la coitorragia (sangrado con las relaciones sexuales) y la aparición de un flujo maloliente pueden ser indicativos de un cáncer de cuello uterino. Los cambios en el patrón de sangrado en la perimenopausia, el sangrado intermenstrual y el sangrado uterino en la postmenopausia nos obligan a descartar patología endometrial.

Por último, ante la presencia de una úlcera vulvar, prurito (picor) o dolor vulvar rebelde a los tratamientos debemos pensar en el cáncer de vulva como opción diagnóstica.

Prevención

Para prevenir estas patologías, se recomienda realizar revisiones periódicas que incluyan, además de la exploración ginecológica, citología y ecografía. Y ante la presencia de alguno de los síntomas descritos, se recomienda acudir al ginecólogo.

Menopausia y suelo pélvico

La menopausia es el momento de la vida de la mujer en el que cesa su menstruación y comienza la etapa conocida como climaterio. Sucede alrededor de los 50 años, aunque puede ocurrir entre los 45 y 55. A pesar de que provoca, en la mayoría de las mujeres, síntomas molestos que pueden alterar la dinámica social y corporal, no es una enfermedad.

Síntomas

Uno de los síntomas más característicos de esta etapa son los sofocos, una repentina sensación de calor en el cuello, la cara y el tórax, acompañada de sudoración y palpitaciones. Entre el 50 y el 75% de las mujeres experimentan estos sofocos de mayor o menor intensidad durante la transición a la menopausia y postmenopausia.

El estrés, las comidas copiosas, el consumo de alcohol o los cambios bruscos de temperatura favorecen estos sofocos durante la noche se asocian a la aparición de insomnio.

Por otra parte, los trastornos en el estado de ánimo, la falta de concentración, la falta de energía, dolores generalizados o disminución en el deseo sexual son otros de los síntomas que aparecen en el climaterio.

La sequedad vaginal es otra de las quejas frecuentes en la menopausia, se enmarca dentro del Síndrome Genitourinario de la Menopausia y suele implicar dolor en las relaciones sexuales, sequedad y clínica urinaria como incontinencia o cistitis.



Dra. María Lapresta
Dra. Elena Bescós
Dra. Laura Baquedano
Ginecología y Obstetricia



Tratamiento

Para mitigar los efectos de la menopausia existen diversos tratamientos. El más eficaz y seguro es el hormonal, que tiene el objetivo de suplir los efectos beneficiosos de los estrógenos ováricos. Para aquellas mujeres que rechacen el tratamiento hormonal pueden acceder a alternativas naturales seguras, aunque menos eficaces en el alivio de la sintomatología.

En el caso de la sequedad vaginal se recomienda terapia continua con estrógenos locales o algunas de las opciones más novedosas como las inyecciones de ácido hialurónico o láser vaginal.

Prevención

Para prevenir enfermedades asociadas a la menopausia como la osteoporosis o el riesgo cardiovascular es muy importante adquirir hábitos de vida saludable: llevar una dieta equilibrada rica en calcio, realizar ejercicio físico de forma regular, tomar el sol 15 minutos al día, evitar el alcohol y el tabaco, eliminar factores de riesgo como el sobrepeso, seguir los programas de prevención de cáncer de mama y genital, evaluar el riesgo de osteoporosis, consultar al ginecólogo ante la aparición de cualquier síntoma y afrontar la vida con optimismo y la máxima calidad posible.

Suelo pélvico

Patología

El suelo pélvico es el conjunto de músculos y aponeurosis que cierran la parte inferior del abdomen, comportándose como una hamaca flexible de apoyo para la vejiga, el aparato genital interno-vagina y útero- y el recto.

La patología asociada al suelo pélvico deriva de los órganos que sostiene-recto, vagina, útero y vejiga-, en la medida en que la debilidad o disfunción de estos músculos ocasiona una malposición de los órganos mencionados, ocasionando su prolapso (descenso) y alterando la continencia urinaria y/o fecal.

El embarazo y parto puede deteriorar en mayor o menor medida el suelo pélvico, de tal manera que en el periodo puerperal puede aparecer sintomatología.

La carencia estrogénica de la menopausia colabora en la aparición de síntomas de disfunción del suelo pélvico.

Síntomas de la disfunción del suelo pélvico

Los síntomas que indican una disfunción del suelo pélvico son el:

- ***Prolapso de órganos pélvicos:*** se percibe una sensación de un bulto en los genitales. Dependiendo de la gravedad puede ocasionar problemas miccionales, defecatorios y/o sexuales.
- ***Incontinencia urinaria:*** se pierde el control miccional, ocasionado pérdidas urinarias con los esfuerzos (tos, estornudo, correr...) o es incapaz de controlar el deseo miccional.
- ***Incontinencia fecal:*** se pierde el control defecatorio, llegando a provocar urgencia defecatoria y/o pérdidas de heces o gases.
- ***Dolor pélvico crónico:*** se percibe dolor en el área pélvica de una duración superior a 6 meses.

Tratamiento

El tratamiento de estos síntomas dependerá de la gravedad y de la afectación de la calidad de vida de nuestras pacientes. El primer escalón de tratamiento es la rehabilitación del suelo pélvico y posteriormente, dependiendo de la patología, el tratamiento puede ser médico (fármacos) o quirúrgico.

Una correcta evaluación y planteamiento terapéutico conllevará un mayor éxito del tratamiento.

Prevención

Para prevenir la aparición de esta disfunción se puede intervenir desde el embarazo. La edad materna, su peso al inicio del embarazo y la ganancia de peso en el mismo son factores en los que hacer hincapié en la consulta preconcepcional.

Los partos instrumentales, los periodos expulsivos del parto prolongados y los recién nacidos de peso elevado contribuyen a la aparición de esta patología.

El sobrepeso y el tabaco son factores de riesgos modificables y muy relacionados con este tipo de disfunción.

Dra. Piluca Tajada
Dr. Máximo González
Ginecología y Obstetricia





Portal del Paciente Quirónsalud

Accede online a tus resultados y gestiona tus citas en quironsalud.es o en nuestra App.

DESCÁRGATE LA APP



Cita previa

901 500 501

    quironsalud.es



Hospital Quirónsalud Zaragoza
Paseo Mariano Renovales, s/n
50006 Zaragoza
976 720 000

Quirónsalud, la salud persona a persona.

Más de 100 hospitales, institutos y centros médicos dedicados a tu salud en 13 comunidades autónomas:
Andalucía | Aragón | Baleares | Canarias | Castilla La Mancha | Cataluña | Comunidad Valenciana |
Extremadura | Galicia | Madrid | Murcia | Navarra | País Vasco