



**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
SEDE REGIONAL ROSARIO
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

“Cambios en la piel de la mujer durante el Embarazo”

**Alumno: Mariana Brouet
Tutor: Prof. Dra. Mónica Recarte**

INTRODUCCION

Con el embarazo se producen una serie de modificaciones anatómicas y funcionales (modificaciones fisiográvidicas) que abarcan en mayor o menor grado y casi sin excepción a todos los órganos y sistemas.¹

Las alteraciones y erupciones cutáneas durante el embarazo son sumamente frecuentes y en algunos casos generan alto grado de ansiedad en la futura madre. Estas alteraciones pueden variar desde modificaciones normales que se observan en casi todos los embarazos o enfermedades frecuentes hasta erupciones específicamente asociadas con el embarazo. Asimismo, las preocupaciones de la paciente pueden ser meramente estéticas o relacionadas con el riesgo de recurrencia del trastorno durante un embarazo ulterior o sus posibles efectos sobre el feto.²

En el curso de un embarazo se puede observar en la piel:

- a) cambios fisiológicos
- b) dermatosis específicas del embarazo
- c) prurito y colestasis
- d) enfermedades dermatológicas concomitantes o coincidentes.
- e) enfermedades preexistentes influenciadas por el embarazo.³

El presente trabajo se realiza con el fin de determinar cuales son los cambios fisiológicos de la piel mas frecuentes en la mujer embarazada, cuales son las variables que influyen en su aparición, y como afecta la calidad de vida de las pacientes.

MARCO TEORICO

EMBARAZO Y CAMBIOS HORMONALES

Embarazo se denomina al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer.

Durante las primeras semanas de gestación aumenta la concentración de progesterona. Esta es producida inicialmente por el cuerpo lúteo, que se mantiene por la producción de Gonadotrofina Corionica Humana (hCG) por el trofoblasto del producto de la concepción.

La hCG aumenta el doble cada 2-3 días hasta alcanzar su máximo a los 60-90 días de gestación, para luego disminuir gradualmente hasta un nivel de meseta durante el resto de la gestación.

El cuerpo lúteo sigue sintetizando progesterona, 17-hidroxiprogesterona, estrona y estradiol, produciéndose un aumento de la concentración de todas estas hormonas. Además, la hCG es responsable de la producción de inhibina y relaxina por el cuerpo lúteo; la inhibina reduce la concentración de FSH para que se detenga la foliculogenia una vez q el embrión se ha implantado en el endometrio. También puede actuar como factor de crecimiento para el embrión en sus fases tempranas. Se piensa que la relaxina actúa de forma sinérgica con la progesterona para reducir la contractilidad del endometrio.

Las concentraciones de estas dos hormonas aumentan en paralelo a la concentración de hCG, aunque el ovario las produce únicamente durante un periodo limitado. Desde aproximadamente las 7 semanas de gestación son producidas por las membranas fetales deciduales y por los tejidos placentarios.

De forma similar, la producción ovárica de las hormonas esteroideas disminuye a partir de las 7 semanas de gestación, y la unidad placentaria asume esa función.

La placenta es un órgano complejo que no solo aporta nutrientes y retira productos de desecho del feto, sino que también modifica el metabolismo materno en diversas fases de la gestación a través de sus mecanismos hormonales. La placenta alcanza su madurez estructural hacia el final de la semana 12 de la gestación. La unidad funcional es la vellosidad coriónica, que esta formada por un núcleo central de tejido conectivo laxo y abundantes capilares. Estos capilares se conectan a la circulación fetal y proporcionan un gran área superficial en contacto con la circulación uterina materna. Alrededor de este núcleo central hay dos capas de trofoblasto, un sincitio externo (sincitiotrofoblasto) y una capa interna de células discretas (citotrofoblasto)

El feto y la placenta forman una unidad independiente que regula los procesos endocrino-metabólicos durante la gestación, por lo tanto, esta unidad fetoplacentaria se convierte en un sistema endocrino que produce un gran número de hormonas diferentes (péptidos: inhibina, relaxina, lactógeno placentario humano; neuropéptidos: hormona liberadora de gonadotropinas, hormona liberadora de corticotropina, hormona liberadora de hormona estimulante de tiroides; hormonas esteroideas: progesterona, andrógenos, estradiol, estrona y estriol; y factores del crecimiento peptídicos: factores de crecimiento similares a la insulina I y II)

Después del parto las concentraciones de todas las hormonas vuelven a la normalidad en un plazo de pocos días.

PIEL NORMAL

La piel está regulada hormonalmente. Los estrógenos tienen una influencia decisiva sobre el grosor de la piel, su hidratación, su pigmentación y la regulación de la cantidad de sebo. Favorecen la renovación de las células de la dermis. Estimulan la síntesis de las fibras de colágeno y de las fibras de elastina en la epidermis para una mejor elasticidad de la piel.

CAMBIOS EN LA PIEL DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO

I. CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA PIEL Y ANEXOS

- **PIGMENTACION:** La hiperpigmentación aparece aproximadamente en el 90%. Puede ser generalizada o localizada, bien evidente en el pezón y en la areola, piel de la región genital y en la línea alba (línea negra).⁴ Pueden pigmentarse más los nevus, efélides, cicatrices, disminuyendo en su mayoría en el posparto. También puede aparecer melanosos de la vulva.

En el 0.5 a 1% de las embarazadas puede observarse hipopigmentación.³

El MELASMA, antiguamente conocido como Cloasma, consiste en una hiperpigmentación asintomática de localización facial. Aparece hacia el segundo mes de gestación y se acentúa progresivamente. Coincide con la hiperpigmentación de los pezones, de la línea abdominal y de la vulva. Afecta al 50-75% de las mujeres embarazadas y puede ser centro facial, malar o mandibular. Desaparece un año después del parto, pudiendo persistir en el 30% de los casos.³

El grado de hiperpigmentación tiende a relacionarse con el tipo de la piel de la mujer, con hiperpigmentación menos pronunciada en las mujeres de piel más clara.

El mecanismo fisiológico responsable de la hiperpigmentación consistiría en el aumento de la producción de estrógenos y tal vez en el aumento de la producción de progesterona u hormona estimulante de melanocitos.²

- **ALTERACIONES PILOSAS:** El crecimiento piloso puede acentuarse en grado variable durante el embarazo, pudiendo aparecer en la cara, brazos, piernas, línea alba y espalda.

En la mayoría de los casos se debe a factores endocrinos (aumento de 17-cetosteroides y andrógenos urinarios), involucionando aproximadamente durante los 6 meses posparto.

En el posparto se observa una alopecia difusa telógena, debido a que durante el embarazo los pelos tienen una lenta conversión del periodo anágeno al telógeno.⁴

- **UÑAS:** Aumenta la fragilidad, aparecen estrías transversales, pérdida de brillo y onicólisis distal. La causa se desconoce y la relación con el embarazo no está aclarada. Se puede dar el hecho contrario (aumento de longitud y brillo).⁵
- **GLANDULAS ECRINAS:** Un aumento en la función de las glándulas ecrinas se observa durante el embarazo excepto en las palmas donde esta disminuida. Esto contribuye a aumentar la incidencia de miliaria, hiperhidrosis y eczema deshidrótico. Se ha asociado con un aumento de la actividad tiroidea.⁶
- **GLANDULAS APOCRINAS:** Disminuye su actividad. (Si la paciente tiene hidrosadenitis, ésta mejora).⁴
- **GLANDULAS SEBACEAS:** Aumenta generalmente la actividad en el tercer trimestre, siendo variable la influencia sobre el acné, ya que el

aumento de estrógenos circulantes es beneficioso para algunas gestantes con acné, mientras que otras desarrollan el cuadro por primera vez.⁴

- **TEJIDO CONECTIVO:** las estrías aparecen en el 90% de las mujeres embarazadas, en abdomen, mamas, y área inguinal, persistiendo indefinidamente. Su coloración es variada; las recientes, producidas por el embarazo actual, son rosadas, congestivas y a veces pigmentadas; las antiguas, remanentes de embarazos anteriores, son blancas y nacaradas.¹

La causa precisa de la formación de estrías durante el embarazo se desconoce, pero se atribuye un papel importante a una combinación de factores hormonales (Ej. Hormonas corticoadrenales, estrógeno, relaxina) y el aumento de la fuerza tensional lateral sobre el tejido conectivo secundario al aumento del tamaño de las distintas partes del cuerpo.²

- **CAMBIOS VASCULARES:** Durante el segundo y tercer mes de gestación, especialmente en mujeres de raza blanca aparecen nevos araña o estelares en cara, cuello, escote, antebrazos y manos. Retrogradan habitualmente en el posparto y recidivan con cada embarazo.

Suele observarse un eritema en las regiones medio palmar, hipotenar y tenar, que puede ser irregular o uniforme y respeta los dedos. Desaparece en el posparto.

Los edemas, de hallarse, se observan a nivel de los párpados, la cara y preferentemente en los miembros inferiores. En estos últimos el edema es postural, llega hasta los tobillos, desaparece con el decúbito y se

acentúa en la segunda mitad del embarazo. No presenta signo de Godet.

En el 40% de las pacientes se hallan varicosidades (safena, vulvar y venas hemorroidales), por aumento de la presión venosa causada por el útero grávido.

La inestabilidad vasomotora se manifiesta por rubor facial, sensación de calor y frío, cutis marmorata de las piernas.

La urticaria y el dermatografismo de tipo sintomático son comunes en la última mitad del embarazo.⁴

▪ **TUMORES:**

➤ Granuloma piógeno del embarazo o granuloma gravídico: aparece entre el segundo y quinto mes de la gestación, y generalmente retrograda en forma espontánea en el posparto. Se presenta en alrededor del 2% de las embarazadas. Se asocia a una gingivitis extensiva y marginal, y consiste en una neoformación de tejido conectivo vascular. Se localiza en las encías o en la superficie lingual vecina a las mismas.⁴

➤ Molusco Gravídico: durante la segunda mitad del embarazo puede desarrollarse un número considerable de papilomas o acrocordones o fibromas blandos, lesiones benignas ligeramente pigmentadas, blandas y carnosas, que se localizan en la base y caras laterales del cuello y con menor frecuencia en el tercio superior del tórax y en los pliegues mamarios.³

II. DERMATOSIS ESPECÍFICAS DEL EMBARAZO

Las dermatosis específicas del embarazo conforman un grupo de enfermedades inflamatorias de la piel en estrecha relación con el embarazo.

1. PENFIGOIDE GESTACIONAL:

Enfermedad ampollar que se presenta con una frecuencia que va desde 1:4.000 a 1:50.000 partos.⁴

Se desarrolla en asociación con el embarazo o tumores trofoblásticos: mola hidatiforme y corioncarcinoma.

Se inicia a partir de la novena semana de gestación hasta la primera semana posparto. La mayoría se resuelve dentro de los dos meses siguientes al parto aunque en algunos casos pueden persistir lesiones urticariadas hasta el año. Las recidivas en sucesivos embarazos es común, más precoz y más severa.⁷

Clínicamente se caracteriza por ampollas, placas urticarianas y eritema, acompañados de intenso prurito. Se ubican en el abdomen (periumbilical), tronco y extremidades.⁴ Respeta cara, mucosas, palmas y plantas.³

Se considera que se desarrollan como consecuencia de una respuesta inmune a antígenos trofoblásticos (reacción cruzada con antígenos de la membrana basal).⁶

Con respecto al riesgo materno-fetal se ha documentado un aumento de prematurez y bajo peso al nacimiento, así como neonatos con lesiones ampollares de herpes gestationis en el momento del nacimiento.⁴

El diagnóstico se realiza en base a la clínica, la histopatología y los estudios de inmunofluorescencia directa e indirecta. En ésta se encuentran depósitos de IgG y fracción C3 en la membrana basal y en el interior de las ampollas.⁴

Tratamiento: corticoides sistémicos: prednisona 20-40mg/día, dejando otros fármacos como la ciclosporina para casos refractarios. En casos leves son suficientes los esteroides tópicos de baja potencia, mas antihistamínicos H1 y emolientes.³

2. ERUPCION POLIMORFA DEL EMBARAZO:

En este apartado se agrupan: erupción toxémica del embarazo; eritema tóxico del embarazo; prurigo del embarazo de inicio tardío; pápulas y placas urticarianas pruriginosas del embarazo (PPUPE). Se da en el 0,5% de los embarazos; es la dermatosis más frecuente, estimándose su incidencia en 1 de cada 150-200 embarazos.

Aparece en el tercer trimestre, caracterizada por pápulas, placas urticarianas eritematosas y en oportunidades escasas vesículas, acompañadas de prurito moderado a intenso. Las lesiones se localizan inicialmente en abdomen y con frecuencia se extienden a tronco y extremidades.³

La recurrencia en embarazos posteriores no es obligada. No existe riesgo materno-fetal aumentado

Tratamiento: antihistamínicos (difenilhidramina de elección) y corticoides tópicos.⁴

3. PRURIGO DEL EMBARAZO:

También llamado prurigo de inicio precoz, prurigo gestationis de Besnier.³

Se presenta con una frecuencia aproximada de 1:300 embarazos. Su inicio puede ser temprano o tardío en el último trimestre.⁴

La etiopatogenia es desconocida, pero se relaciona con la predisposición personal y familiar de antecedentes de atopía.³

Las lesiones se presentan como pápulas discretas, con una vesícula o una pequeña zona hiperqueratósica central. Se ubican con preferencia en abdomen y extremidades. Presenta prurito.

La erupción tiende a remitir con rapidez después del parto, aunque la hiperpigmentación posinflamatoria puede persistir durante cierto tiempo. La recurrencia del prurigo gestacional en los embarazos ulteriores es un fenómeno infrecuente y la enfermedad no se asocia con aumento de la incidencia de morbilidad o la mortalidad fetales.²

Tratamiento: humectantes, corticoides tópicos y antihistamínicos.

4. FOLICULITIS PRURIGINOSA DEL EMBARAZO:

La frecuencia de la entidad no se encuentra bien definida, pero sería más frecuente de lo pensado.

Se inicia entre el cuarto y quinto mes de gestación. Esta constituida por lesiones muy monomorfas: papulopústulas foliculares, que pueden distribuirse en todo el tronco y que tienen un intenso prurito.

Los estudios bacteriológicos demuestran que son pústulas asépticas.

La evolución es hacia la desaparición o disminución en el posparto, y no hay aumento del riesgo materno-fetal.

Tratamiento: combinación de corticoides tópicos y peróxido de benzoílo.⁴

III. PRURITO Y COLESTASIS

Teniendo en cuenta que el prurito es un síntoma muy frecuente en las pacientes embarazadas, es de suma importancia descartar todas sus causas posibles, ya que sólo un 10% es de etiología desconocida.⁴

La colestasis intrahepática del embarazo es una enfermedad hepática específica del embarazo donde el prurito es el motivo de consulta.

Se caracteriza por prurito generalizado, con exacerbación nocturna y aparece en el tercer trimestre del embarazo. No hay lesión cutánea primaria, sólo excoriaciones por rascado, localizadas de inicio en palmas y plantas.⁸

En el 50% de los casos, 2 a 4 semanas de iniciado el prurito aparece la ictericia. Pueden complementar el cuadro síntomas como fatiga, anorexia, plenitud gástrica, vómitos, dolor en hipocondrio derecho, orinas oscuras y heces acólicas. Los síntomas desaparecen 24-48 horas después del parto y la ictericia en 1 a 2 semanas.

Recibe el nombre de prurigo del embarazo si no se acompaña de ictericia y cuando ésta está presente se le llama ictericia colestática del embarazo.³

Se considera que el factor desencadenante es el ascenso en los niveles de estrógenos y progesterona en el embarazo, que interfiere con la secreción biliar e inhiben la enzima glucuroniltransferasa.

El aumento de los ácidos biliares es el responsable del prurito, además se encuentran elevados los ácidos grasos séricos, la bilirrubina, transaminasas y la fosfatasa alcalina. Recordar que la fosfatasa alcalina en embarazadas puede aumentar hasta 3 veces el valor normal sin que ello se considere enfermedad.

La histopatología es inespecífica.

Esta afección se encuentra asociada a los antígenos HLA A 31 y B 8. En el 50% de los casos existen antecedentes familiares de colestasis.

El pronóstico fetal es malo, con aumento de la mortalidad fetal, prematuridad y bajo peso. El riesgo materno se relaciona con la deficiencia de vitamina K.

Existen recurrencias en el 50% de los embarazos posteriores y con el uso de anticonceptivos orales.

Tratamiento: emolientes; resinas como la colestiramina o el ácido ursodesoxicólico en dosis de 15 mg/kg/día por tres semanas y los rayos UVB.

IV. ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS CONCOMITANTES O COINCIDENTES

1. INFECCIONES GENITALES DE IMPORTANCIA PERINATAL:

Mencionaremos aquellas que son exacerbadas por el embarazo o que acarrearán complicaciones para el neonato.

- *Chlamydia Trachomatis*
- **Gonococia:** Puede diseminarse más fácilmente en las embarazadas y hay mayor riesgo de amnionitis, retardo del crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas y parto prematuro. El tratamiento es igual al de una paciente no embarazada. La tetraciclina está contraindicada.³
- **Sífilis:** La sífilis se puede transmitir a la descendencia por vía transplacentaria. Las posibilidades evolutivas de un embarazo de una mujer con sífilis y del contagio al feto, dependen fundamentalmente del periodo de la sífilis en que se encuentra la madre. Si la embarazada es portadora de una sífilis reciente (primaria o secundaria), el niño tendrá más del 95% de posibilidades de enfermar; si la madre está cursando una sífilis tardía, esas posibilidades se reducen a un 30%. Si la madre contrajo la enfermedad en los periodos terminales del embarazo, cuando el feto ya está formado, la probabilidad de sobrevivir es mayor y desarrollará escasas lesiones. Son excepcionales los contagios durante el parto y el puerperio; en estos casos el niño presentará una sífilis primaria.⁹

- Condilomas acuminados: Pueden crecer rápidamente durante el embarazo, favorecidos por la hiperemia en la región anogenital, pudiendo incluso obstruir el canal del parto. El tratamiento con podofolino y la electrocoagulación están contraindicados, se prefiere el uso de ácido tricloroacético al 50 % o criocirugía.³
- Herpes simple: La infección de los genitales por virus del herpes simple en la embarazada, constituye un capítulo trascendente, por las implicancias que pueda tener dicha infección en el feto y en el recién nacido. En la actualidad se observa que el índice estimado de herpes neonatal es de 1 en 2000 a 1 en 5000 nacimientos por año. La transmisión puede ser in útero, durante el parto o postnatal. El 75 a 80% de los casos de infección en el recién nacido se producen durante el parto al ponerse en contacto con las secreciones genitales maternas infectadas. El riesgo de transmisión de la infección herpética al neonato es del 50% en la primoinfección materna y sólo del 5% si la infección es recurrente. Las recomendaciones dadas por la Sociedad de Enfermedades Infecciosas para Obstetricia y Ginecología son las siguientes: Si existe historia de herpes genital en la embarazada o en su pareja, el manejo debe hacerse de la siguiente manera:
 - a) Sin lesiones evidentes: los cultivos semanales deben ser abandonados; en ausencia de lesiones genitales, parto por vía vaginal; para identificar neonatos potencialmente expuestos, realizar cultivos el día del parto, ya sea de la madre o del recién

nacido; no es necesario aislar a la madre.

b) En casos de lesiones herpéticas del tracto genital observables durante el trabajo de parto o cuando se produce la rotura de las membranas: la cesárea puede reducir el riesgo de infección neonatal; lo ideal sería practicarla antes o dentro de las 4 a 6 horas después de la rotura.

c) En casos de mujeres con lesiones herpéticas genitales en períodos cercanos al trabajo de parto o rotura de las membranas: realizar cultivos con 3 a 5 días de intervalo para asegurar la ausencia de virus en el momento del nacimiento; posibilitar el parto por vía vaginal.³

- **Mycoplasma**

V. ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS INFLUENCIADAS POR EL EMBARAZO

Durante el embarazo ocurren cambios inmunológicos, endocrinos, metabólicos y vasculares que pueden producir la evolución favorable de algunas entidades durante la gestación, mientras que otras muestran un empeoramiento que se revierte generalmente en el posparto.⁶

Suelen mejorar:

- **Hidrosadenitis:** Mejora debido a la disminución de la actividad de las glándulas apócrinas.
- **Psoriasis:** En general mejora, pudiendo desaparecer.
- **Sarcoidosis:** No constituye una contraindicación para el embarazo.

Al parecer el aumento de corticosteroides circulantes determina una

mejoría de la enfermedad. No es infrecuente, por el contrario, la agravación después de los 6 meses posteriores al parto.

- **Eccema Atópico:** Por lo general suele mejorar, aunque en la zona areolar puede haber un empeoramiento que conviene tener presente para diferenciarlo de una eventual escabiosis o de una enfermedad de Paget.

Suelen empeorar:

- **Eritema polimorfo o multiforme de Hebra.**
- **Eritema Nudoso:** Puede sobrevenir en el primer embarazo y recidivar en posteriores. Es probable que determinen su aparición las modificaciones hormonales que ocurren durante la gesta, como suele suceder ante la ingesta de anovulatorios.
- **Condilomas acuminados:** a veces adquieren un tamaño tan importante que es necesario realizar tratamientos urgentes para evitar de practicar la cesárea.
- **Enfermedad de Recklinghausen:** Se observa un aumento del número de manchas y de tumores, con empeoramiento de la neuropatía. Los tumores pueden sufrir hemorragia masiva con disminución marcada del hematocrito, que sumado a la hipertensión propia de la enfermedad, sin otros signos de toxemia gravídica u otros datos laboratoriales de feocromocitoma (asociación frecuente), suele llevar a la maceración del feto. Teniendo en cuenta el modo de transmisión (autosómica dominante) se considerara la oportunidad de aborto terapéutico.

- **Esclerosis Tuberculosa**
- **Porfiria** (aguda intermitente, variegata y cutánea tardía)
- **Tumores malignos** (incluyendo melanomas)
- **Enfermedad de Rendu-Osler o telangiectasia hemorrágica hereditaria**
- **Acrodermatitis enteropática**
- **Enfermedad de Ehler-Danlos**
- **Pénfigos**
- **Lepra:**

- Influencia de la lepra sobre el embarazo y puerperio: estudios recientes indican que la lepra no afecta la fertilidad en la mujer. En general el embarazo es poco influenciado por la enfermedad. Sin embargo, las pacientes con lepra lepromatosa o dimorfa sufren un aumento en la incidencia de embarazos ectópicos, feto muerto y prematuridad.

Por otra parte, en la gestación a término el parto es normal.

- Influencia de la lepra sobre el producto de la concepción: los recién nacidos a término de madres enfermas son normales especialmente si se realiza el tratamiento adecuado.
- Influencia del embarazo y puerperio sobre la lepra: el embarazo se asocia con la aparición o agravación de la lepra, especialmente durante el tercer trimestre, periodo en el que existe depresión de la inmunidad celular. La baciloscopia presenta un mayor número de bacilos, tornándose la previamente negativa en positiva; aumenta la frecuencia de eritema nudoso en las lepromatosas y de reacción

reversal con daño neural durante el puerperio, atribuible a la recuperación de la inmunidad celular durante este periodo.

- **Hemangioma, hemangioendotelioma y tumor glómico:** teniendo en cuenta la influencia hormonal existente durante el embarazo sobre las estructuras vasculares, no es infrecuente la aparición espontánea de los mismos.
- **Dermatofibromas, leiomiomas y queloides:** los primeros suelen desarrollarse durante el embarazo. Los leiomiomas aumentan de tamaño o empeoran, mientras que los queloides pueden crecer rápidamente.
- **Tumores desmoides:** masas subcutáneas, firmes, que suelen aparecer sobre las aponeurosis musculares durante el embarazo o después del parto. Se localizan en cualquier lugar del cuerpo, siendo mas frecuentes sobre las aponeurosis del músculo recto abdominal. Pueden ser localmente destructivos, se recomienda la extirpación quirúrgica.
- **Nevos:** los nevos melanocitos pueden aumentar de tamaño, oscurecerse y/o aparecer nuevos, pero no se observan mitosis atípicas. Por tal motivo, la mayor frecuencia de malignización durante el embarazo no parece cierta.
- **Melanoma.**

Con respecto a las collagenopatías:

- **LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO:**

Las opiniones referentes al efecto del embarazo sobre la evolución del lupus son contradictorias. Algunos autores piensan que el curso

no es afectado e incluso que el LES puede mejorar; otros, por el contrario, establecen que en ciertos periodos de la gestación (especialmente puerperio) la influencia suele ser desfavorable. Por ultimo, existen los que sostienen que la influencia depende de las vísceras comprometidas, siendo desfavorable en la nefritis lúpica.

Aquellas gestantes con una enfermedad inactiva o controlada cursan un embarazo normal.⁹

Se debe tener en cuenta que el 10 al 30% de los casos de LES suelen presentarse durante o inmediatamente después del embarazo.¹⁰

Las complicaciones habitualmente son mas frecuentes que en embarazos normales (partos prematuros, abortos, fetos a termino muertos). Se considera que el niño que nace a termino no esta afectado por la enfermedad; sin embargo, las células LE atraviesan la barrera placentaria, encontrándose en niños de madres lúpicas estas células, que van desapareciendo con el correr del tiempo.¹¹

El pasaje transplacentario de IgG materna puede producir lupus eritematoso congénito.

En la actualidad, a pesar de haber compromiso renal materno, no se aconseja la interrupción del embarazo, recomendando tratarla con altas dosis de corticosteroides.

- **ESCLERODERMIA:**

En la forma en placas generalizadas se observa un empeoramiento.

En la esclerodermia sistémica se estima que existe un cierto grado de esterilidad debida probablemente a esclerosis de los genitales. Sin embargo, hay que tener en cuenta otros factores antes de afirmar

este concepto, como la anticoncepción voluntaria de las pacientes y la edad relativamente avanzada en que se inicia la esclerodermia.

La disminución de elasticidad de los genitales se predispondría a placenta previa, partos prematuros, contracciones tetánicas y muerte perinatal. En contraposición, algunos sostienen que el embarazo puede cursar normalmente y sin riesgos para el feto.

La evolución de la esclerodermia durante la gestación es variable, ya que puede mejorar o agravarse especialmente en los casos de compromiso renal o cardíaco.

- **DERMATOMIOSITIS:**

Se sostiene que el embarazo, el parto y los recién nacidos son normales. En el puerperio es aconsejable aumentar la dosis de corticosteroides para evitar la exacerbación del cuadro clínico.⁴

PROBLEMA

¿Cuáles son los cambios fisiológicos mas frecuentes de la piel durante el embarazo, influye la edad y la ganancia de peso en ellos y cómo impactan estos en la calidad de vida de estas pacientes?

OBJETIVOS

GENERALES

- Determinar cuales son los cambios fisiológicos de la piel mas frecuentes del embarazo, conocer como influye la edad materna y la ganancia de peso en la aparición de estas lesiones y precisar como impactan estos cambios en la calidad de vida de las gestantes

ESPECIFICOS

- Determinar edad materna, edad gestacional, ganancia de peso, cantidad de embarazos previos.
- Conocer si las embarazadas experimentaron hiperpigmentación de la piel, de lunares, cicatrices o efélides.
- Constatar la presencia de melasma.
- Observar si existe hirsutismo.
- Evaluar si hay fragilidad en las uñas.
- Estudiar la presencia de mayor transpiración o piel más grasa.

- Comprobar la presencia de estrías, edemas y várices.
- Determinar si hay nevos araña y eritema palmar.
- Precisar si estos cambios determinaron una consulta al especialista.

MATERIAL Y METODOS

Se realiza un estudio analítico de prevalencia, observacional, de corte transversal.

El grupo de estudio estará constituido por mujeres embarazadas, sin restricción de edad, que concurren a control de su embarazo en el servicio de Obstetricia del Sanatorio de la Mujer y en el servicio de Obstetricia de la Maternidad Martin, entre junio y septiembre de 2011; considerando un grupo mínimo de estudio, 150 gestantes.

Los datos serán recolectados por encuestas cerradas, realizadas por mi en la sala de espera de los consultorios del Sanatorio de la Mujer y de la Maternidad Martin (ver anexo). Las variables serán analizadas estadísticamente a través de tablas y gráficos.

A las pacientes se les informara en que consistirá el estudio, de la posibilidad de negarse a participar, así como de la confidencialidad de los datos al mostrar los resultados. Se les explicara como realizar la encuesta y se les pedirá que firmen el consentimiento informado.

Se solicitara autorización a los directivos del Sanatorio de la Mujer y de la Maternidad Martin para realizar las encuestas en esas instituciones. (Ver Anexo)

Criterios de Inclusión

- Mujeres embarazadas que se encuentren en la sala de espera de los consultorios obstétricos del Sanatorio de la Mujer y de la Maternidad Martin.

Criterios de exclusión

- Mujeres que se encuentren en la sala de espera que no estén embarazadas.

RESULTADOS

CUADRO N° 1

EDAD DE LAS EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN– Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

(Expresado en cantidad)

Edades	Sanatorio de la mujer	Maternidad Martin	TOTAL
10 – 19	9	18	27
20 – 29	37	59	96
30 – 39	50	23	73
40 - 49	4	0	4
TOTAL	100	100	200

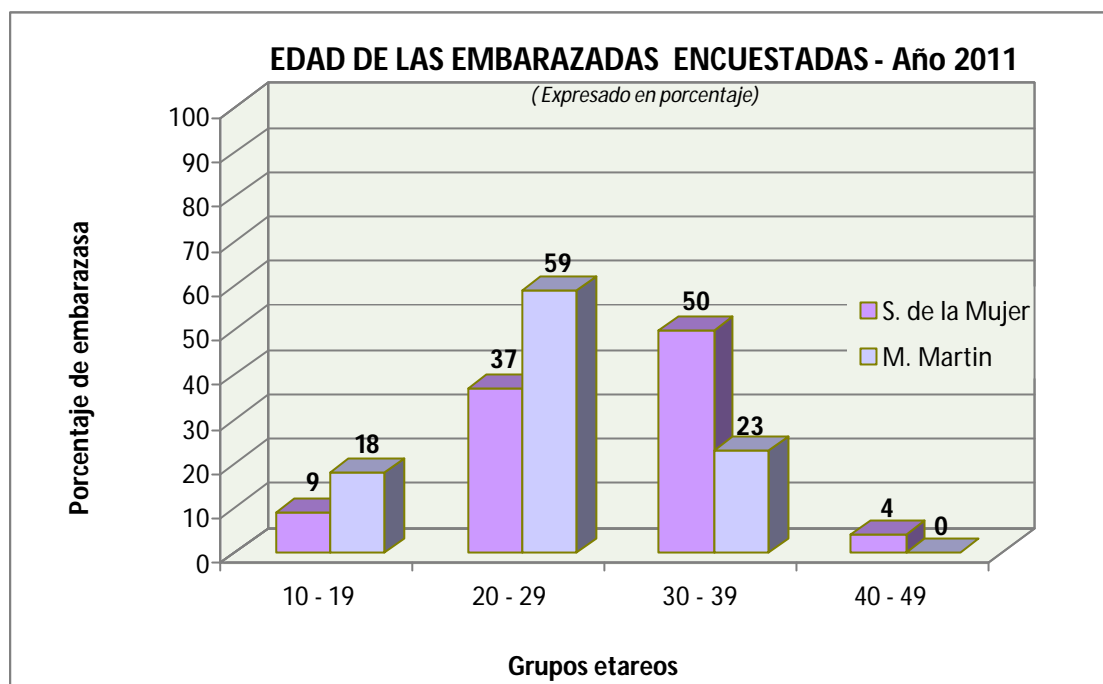
Observaciones: El Promedio de edades de las mujeres embarazadas encuestadas fue de 26 años con un desvío en más y menos 7 años. La Mediana se ubicó en los 26 años y la Moda en 20 años.

En el Sanatorio de la Mujer el Promedio de edad de las mujeres embarazadas fue de 29 años con un desvío en más y menos 6 años. La Mediana se ubicó en los 31 años y la Moda en 27 años.

En la Maternidad Martin el Promedio de edad de las mujeres embarazadas fue de 24 años con un desvío en más y menos 6 años. La Mediana se ubicó en los 29 años y la Moda en 21 años.

En ambas instituciones, el 13,5% de las embarazadas correspondió al grupo etáreo comprendido entre 10 y 19 años, el 48 % al grupo etáreo entre 20 y 29 años, siendo éste el más numeroso. El 35,5% correspondió al grupo entre 30 y 39 años y el 2% al grupo entre 40 y 49 años, siendo éste el menos numeroso.

GRAFICO N° 1



CUADRO N° 2

EDAD GESTACIONAL DE LAS EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN– Rosario, Provincia Santa Fe – Año 2011.

(Expresado en cantidad)

Edad Gestacional	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
1º Trimestre	0	21	21
2º Trimestre	31	39	70
3º Trimestre	69	40	109
TOTAL	100	100	200

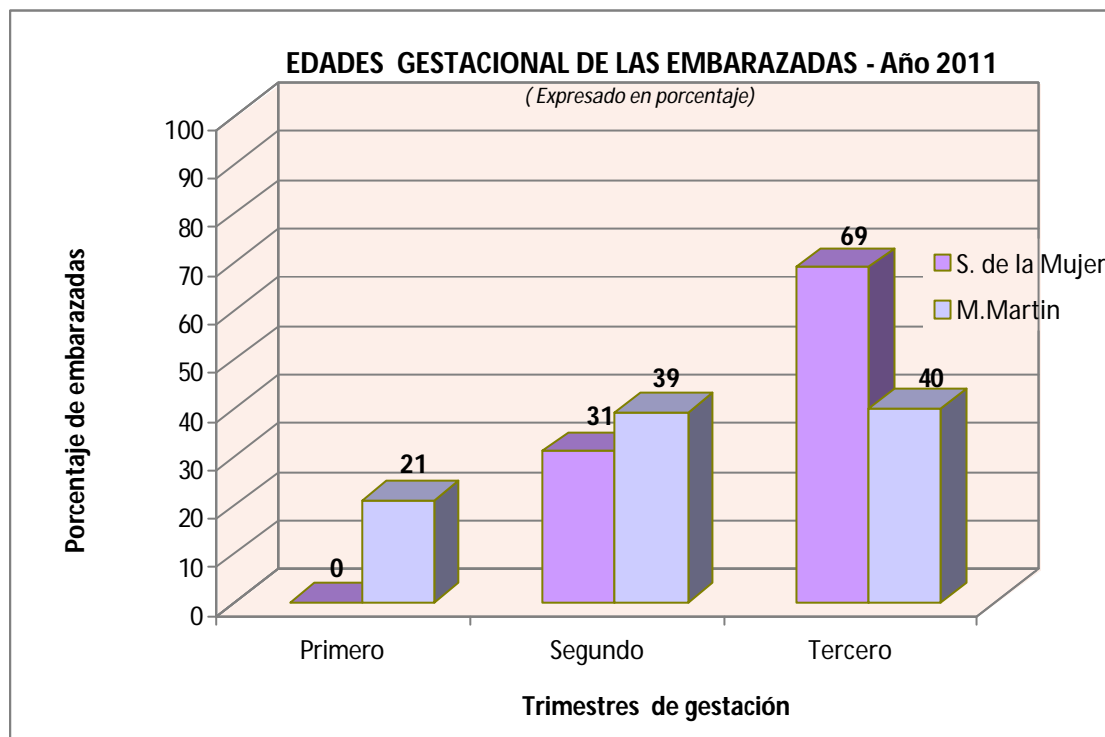
Observaciones: El Promedio de edad gestacional del total de las mujeres encuestadas fue de 6 meses con un desvío en más y menos 2 meses. La Mediana se ubicó en los 7 meses y la Moda en 8 meses.

En el Sanatorio de la Mujer el Promedio de edad gestacional de las mujeres embarazadas fue de 7 meses con un desvío en más y menos de 2 meses. La Mediana se ubicó en los 8 meses al igual que la Moda.

En la Maternidad Martin el Promedio de edad gestacional de las mujeres embarazadas fue de 6 meses con un desvío en más y menos de 2 meses. La Mediana se ubicó en los 6 meses y la Moda en 8 meses.

En ambas instituciones, el 10,5 de las embarazadas correspondió al primer trimestre de gestación, el 35 % al segundo trimestre y el 54,5% al tercer trimestre de gestación.

GRAFICO Nº 2



CUADRO Nº 3

GANANCIA EN PESO REGISTRADO POR LAS EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN– Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

(Expresado en cantidad)

Ganancia en peso	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
De 0 a 9 kg.	40	55	95
De 10 a 19 kg	51	39	90
De 20 a 29 kg	4	6	10
30 y más Kg	5	0	5
TOTAL	100	100	200

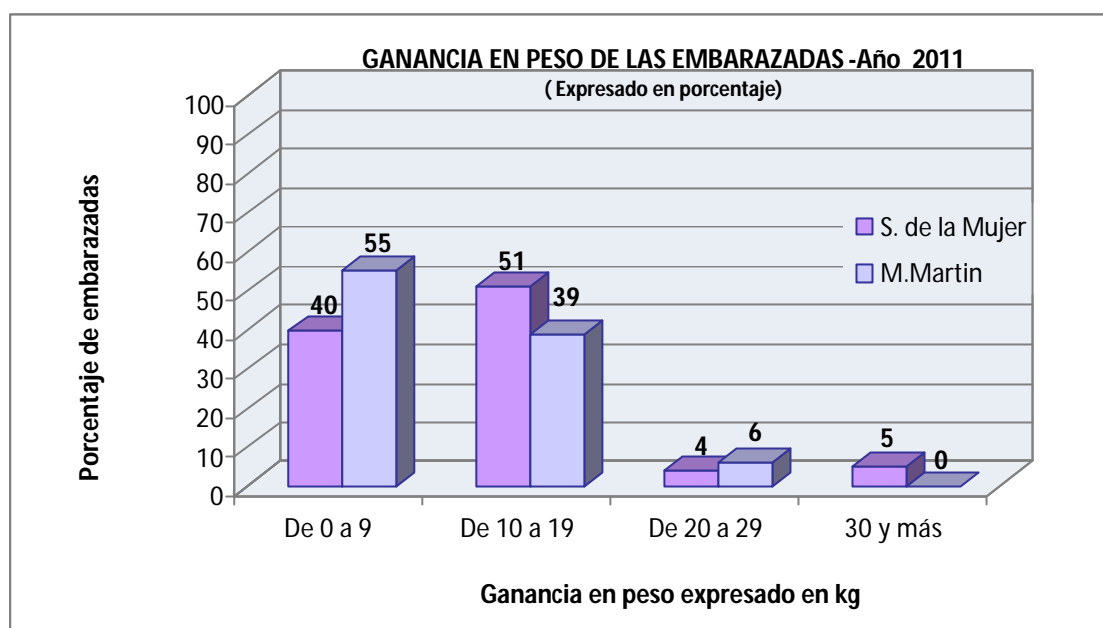
Observaciones: En Promedio el total de las mujeres aumentan desde el inicio del embarazo al momento de realizarse la encuesta 11 kg con un desvío en más y menos 6 kg. La Mediana se ubicó en los 11 kg al igual que la Moda.

En el Sanatorio de la Mujer en Promedio las embarazadas aumentaron 12 Kg con un desvío en más y menos de 7 Kg. La Mediana se ubicó en los 14 Kg y la Moda en 15 Kg.

En la Maternidad Martin en Promedio las embarazadas aumentaron 10 Kg con un desvío en más y menos de 6 Kg. La Mediana se ubicó en los 9 Kg y la Moda en 10 Kg.

En ambas instituciones, el 47,5 % de las embarazadas ganó en peso entre 0 y 9 kg, el 45% ganó entre 10 y 19 kg, el 5% entre 20 y 29 kg y el 2,5% ganó en 30 y más kg.

GRAFICO N° 3



CUADRO N° 4

EMBARAZOS PREVIOS AL ACTUAL DE LAS EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN– Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

(Expresado en cantidad)

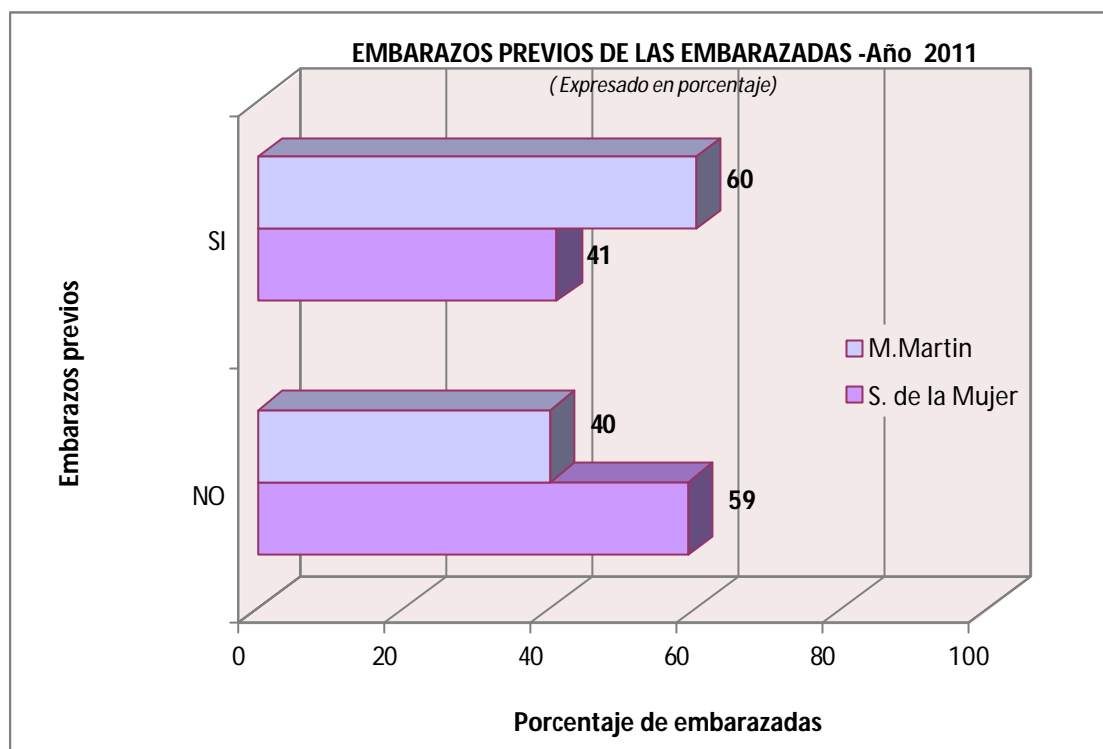
Embarazos previos	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
SI	41	60	101
NO	59	40	99
TOTAL	100	100	200

Observaciones: Del total de las embarazadas encuestadas, el 50,5 % manifestó haber tenido embarazos previos, el 32 % tuvo uno solo, el 35 % tuvo 2 embarazos previos, el 25 % manifestó haber tenido 3 embarazos y el 8 % expresa haber tenido más de 3 embarazos. El 49,5% era Primeriza.

En el Sanatorio de la mujer, el 41,5 % tenía previo al embarazo actual un embarazo, el 22 % tenía dos embarazos y el 36,5 % manifestó tres embarazos.

En la Maternidad Martin, el 25 % tenía previo al embarazo actual un embarazo, el 45 % tenía dos embarazos, el 17 % manifestó tres embarazos y el 13 % más de tres embarazos.

GRAFICO N° 4



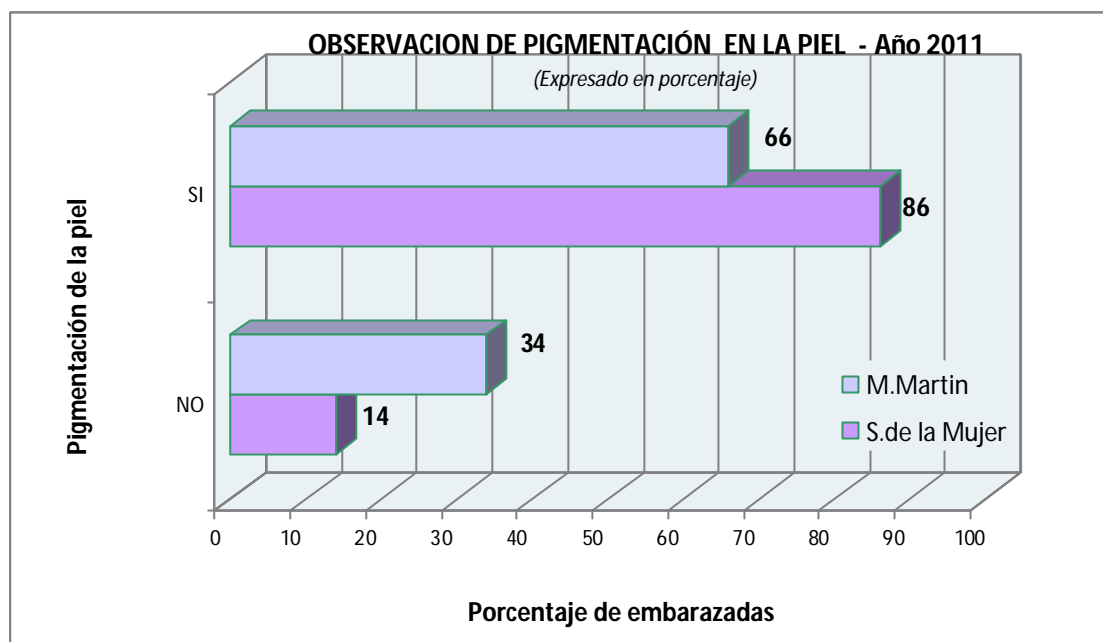
CUADRO N° 5

EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN SI HA NOTADO MAYOR PIGMENTACION DE LA PIEL– Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

Pigmentación de la piel	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
SI	86	66	152
NO	14	34	48
TOTAL	100	100	200

Observaciones: El 76 % del total de embarazadas manifestó haber notado mayor pigmentación de la piel. Las embarazadas que notaron cambios en la pigmentación de la piel triplicaron a las que no observaron ningún cambio.

GRAFICO N° 5



CUADRO N° 6

PARTES DEL CUERPO EN QUE LAS EMBARAZADAS MANIFIESTAN HABER NOTADO MAYOR PIGMENTACION EN GENERAL - SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN- Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

(Expresado en cantidad)

Lugares del cuerpo con Hiperpigmentación	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
Pezones	64	62	126
Areola	60	62	122
Región Genital	42	28	70
Línea Alba	57	46	103
Lunares	46	11	57
Cicatrices	25	11	36
Pecas	28	17	45

Manchas en la cara	22	34	56
--------------------	-----------	-----------	-----------

Observaciones: El 83 % del total de las embarazadas que presentaron cambios en la pigmentación lo hicieron en los pezones, el 80 % lo hizo en la Areola, el 46 % en la Región Genital y el 68 % en la Línea Alba.

El 38 % de las embarazadas observaron hiperpigmentación en Lunares, el 18% lo notó en Cicatrices y el 24 % en las Pecas.

El 37 % manifestó tener manchas en la cara.

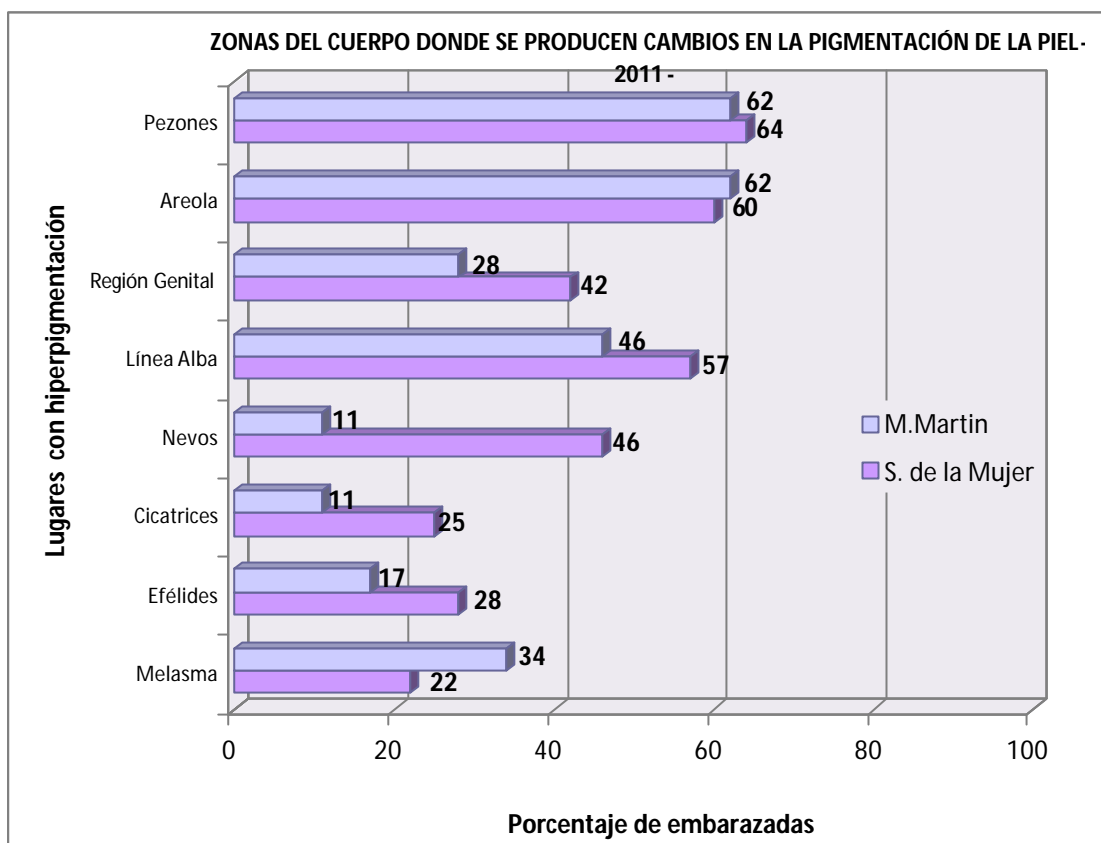
En el Sanatorio de la Mujer de las embarazadas que habían manifestado cambios en la piel, el 74 % manifiesta cambios en la pigmentación de Pezones, el 70 % en la Areola, el 49 % en la Región Genital y el 66 % en la Línea Alba.

El 53 % manifestó hiperpigmentación en Lunares, el 29 % en Cicatrices y el 33 % en Pecas. Al 26 % se le manchó la cara.

En la Maternidad Martin de las embarazadas que habían manifestado cambios en la piel, el 94 % manifiesta cambios en la pigmentación de Pezones al igual que el 94 % de ellas también en la Areola, el 42 % en la Región Genital y el 70 % en la Línea Alba.

El 17 % manifestó hiperpigmentación en Lunares, el 17 % en Cicatrices y el 26 % en Pecas. Al 52 % se le manchó la cara.

GRAFICO N° 6



CUADRO Nº 7

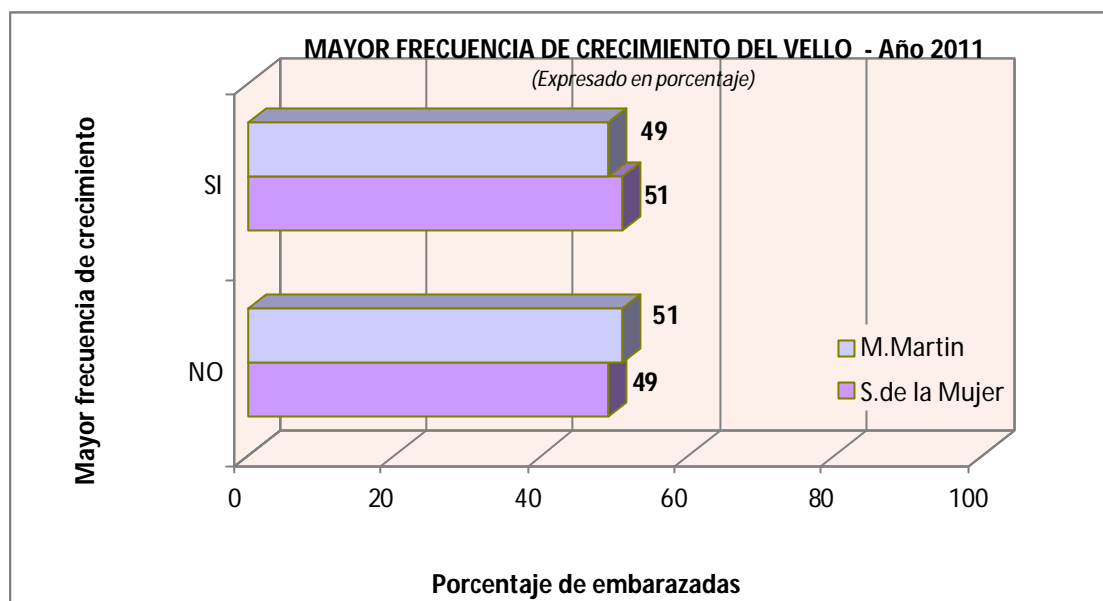
EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN SI EL VELLO CRECE CON MAYOR FRECUENCIA – Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

El vello ¿Crece con mayor frecuencia?	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
SI	51	49	100
NO	49	51	100
TOTAL	100	100	200

Observaciones: La mitad de las embarazadas encuestadas manifiestan que el vello les crece con mayor frecuencia.

En el Sanatorio de la Mujer el 51 % expresa lo anterior mientras que en la Maternidad Martin, el 49 % expresa ese cambio.

GRAFICO N° 7



CUADRO N° 8

EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN SI EL VELLO CRECE EN ZONAS QUE ANTES NO ESTABA – Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

El vello ¿Crece en zonas que antes no estaba?	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
SI	28	51	79
NO	72	49	121
TOTAL	100	100	200

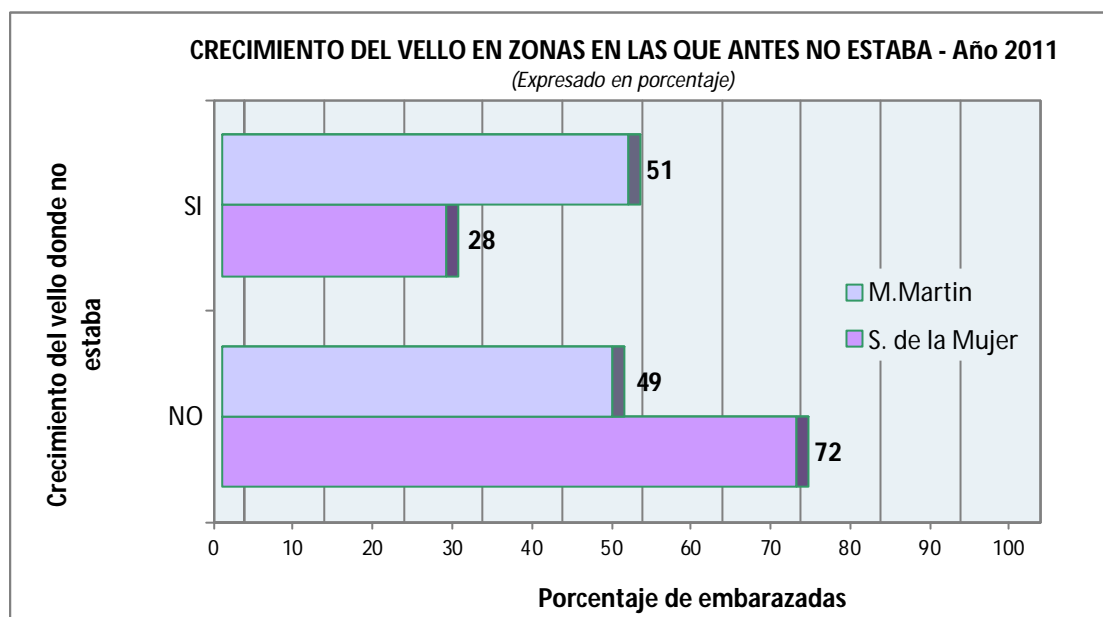
Observaciones: Del total de las embarazadas, el 39,5 % manifiesta observa crecimiento de vello en lugares que antes no estaban, por lo que se deduce que la mayoría de las embarazadas encuestadas manifestaron no observar crecimiento de vello en zonas en las que antes no estaba, el 60,5 %.

De las que expresan que sí observaron este crecimiento, el 73,4% lo nota en la Línea Alba solamente, el 5,1 % en la cara, el 6,3% en Línea Alba y espalda, el 3,8 % en cara y espalda, 2,5% en espalda, 2,5% en brazos y piernas y el 6,4% en cara, piernas, Línea Alba y espalda.

En el Sanatorio de la Mujer, de las que expresan que sí observaron este crecimiento, el 82 % lo nota en la Línea Alba mientras que un 18 % lo observa en cara, piernas, Línea Alba y espalda.

En la Maternidad Martin, de las que expresan que sí observaron este crecimiento, el 68 % lo nota en la Línea Alba, el 8 % lo nota en la cara, el 10 % en Línea Alba y espalda, el 6 % en cara y espalda, el 4 % en espalda al igual que el 4 % en brazos y piernas.

GRAFICO N° 8



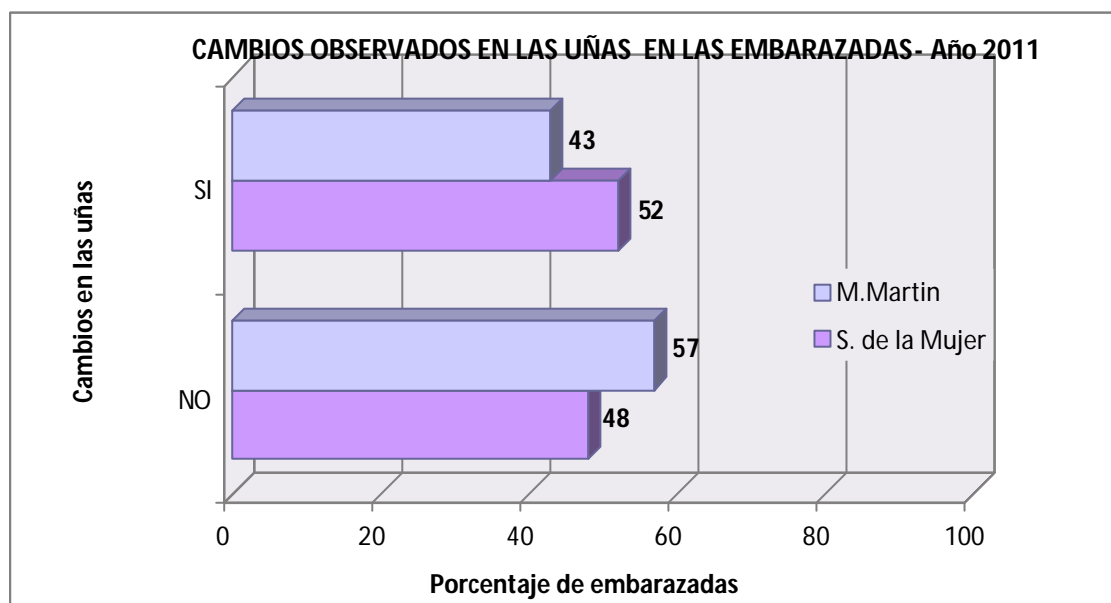
CUADRO N° 9

EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN SI OBSERVÓ CAMBIOS EN LAS UÑAS – Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

¿Notó las uñas más frágiles, quebradizas, con falta de brillo o con estrías?	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martín	TOTAL
SI	52	43	95
NO	48	57	105
TOTAL	100	100	200

Observaciones: La diferencia encontrada entre las que notaron cambios en las uñas esto es, más frágiles, quebradizas, con falta de brillo o con estrías y las que no, no es importante, ya que las que dicen que no, el 52,5 % apenas superan a las que si lo notaron, el 47,5 %.

GRAFICO Nº 9



CUADRO Nº 10

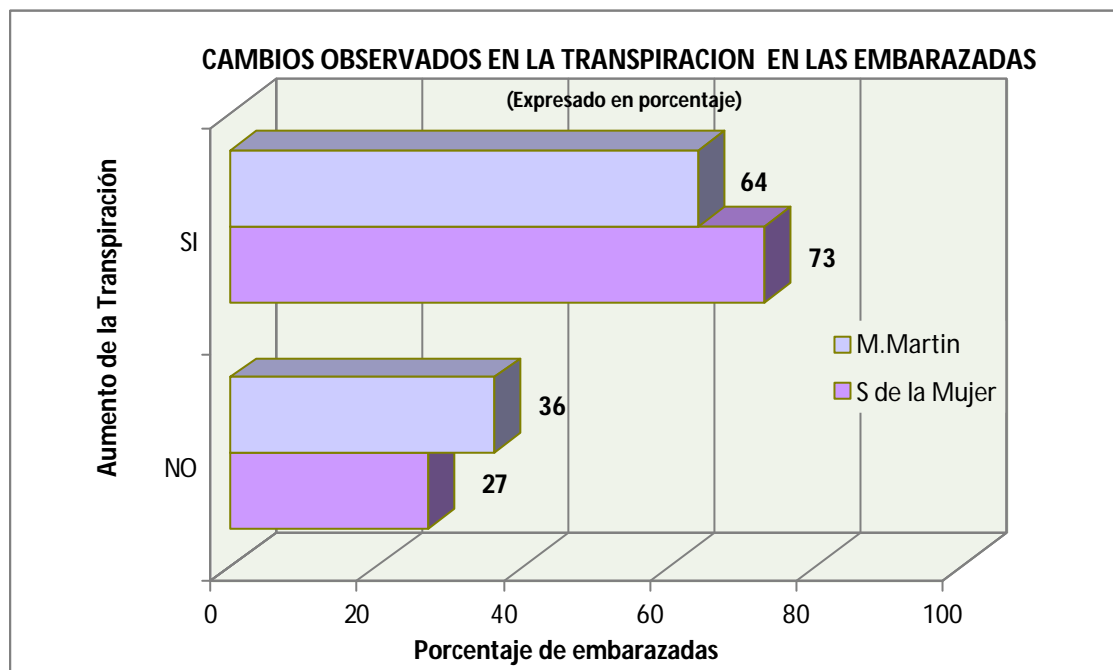
EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN SI OBSERVÓ MAYOR TRANSPIRACION – Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

(Expresado en cantidad)

¿Ha notado que transpira más?	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
SI	73	64	137
NO	27	36	63
TOTAL	100	100	200

Observaciones: Del total de las embarazadas, el 68,5 % manifiesta que observan mayor transpiración mientras que el 31,5 % no modificaron esta situación. Las embarazadas que manifiestan haber transpirado más, superan en el doble a las que no experimentaron este cambio. Las del Sanatorio de la Mujer presentan más este síntoma que las de Maternidad Martin

GRAFICO Nº 10



CUADRO Nº 12

EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN SI OBSERVÓ QUE LA PIEL ES MAS GRASA – Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

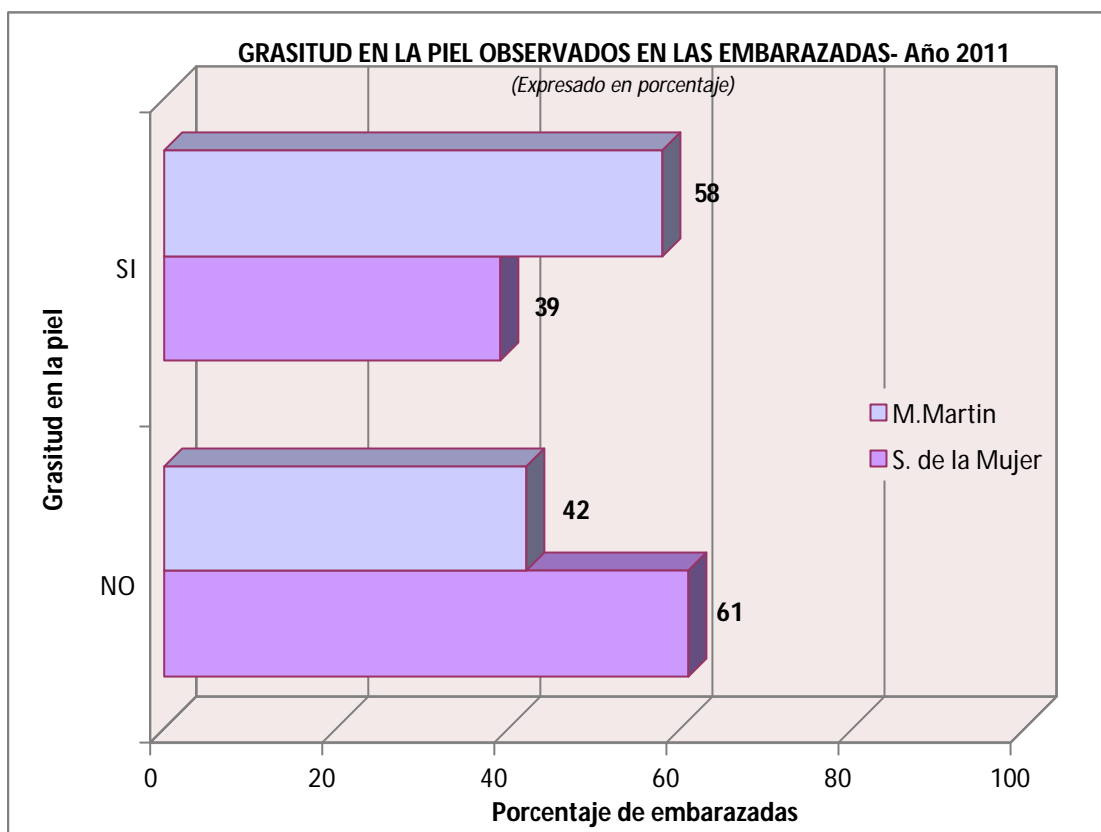
(Expresado en cantidad)

¿Ha notado la piel más grasa?	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
SI	39	58	97
NO	61	42	103
TOTAL	100	100	200

Observaciones: Las embarazadas que manifiestan que no han observado más grasa en la piel, el 51,5 % superan por muy poco a las que dicen que experimentaron este cambio, el 48,5.

Las embarazadas de la Maternidad Martin observan mayor grasitud en la piel que las del Sanatorio de la Mujer.

GRAFICO N° 12



CUADRO N° 13

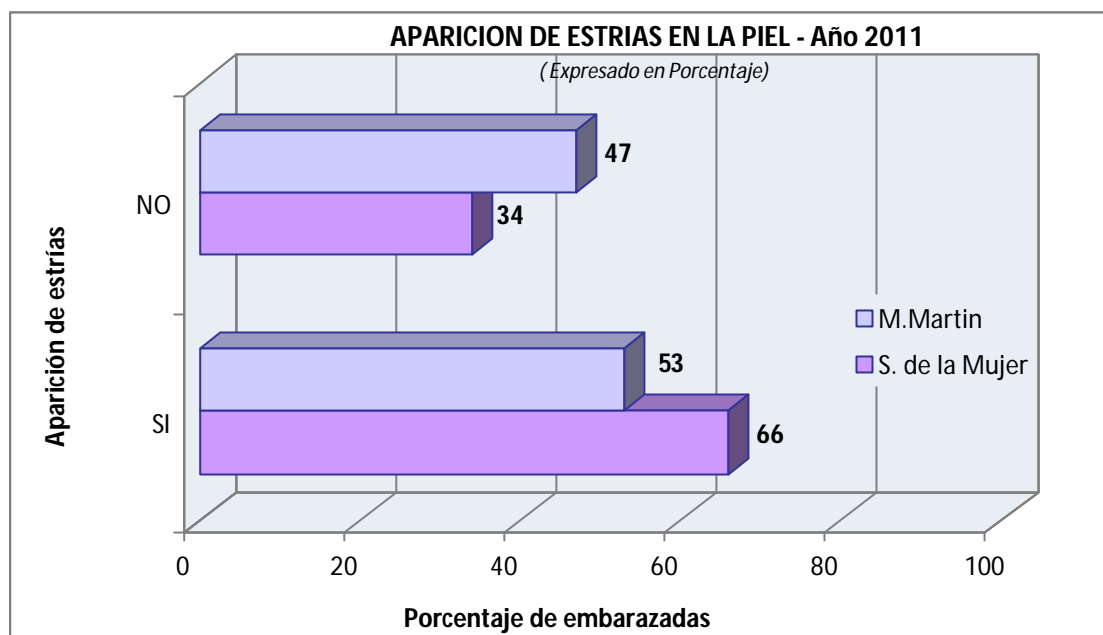
EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN SI SE LE HAN FORMADO ESTRÍAS EN LA PIEL– Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

(Expresado en cantidad)

¿Se le han formado estrías?	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
SI	66	53	119
NO	34	47	81
TOTAL	100	100	200

Observaciones: La mayoría de las mujeres han experimentado la aparición de estrías, el 59,5 % mientras que las que no lo han experimentado representan el 40,5 %. Observando las embarazadas del Sanatorio de la Mujer, éstas presentan mayor frecuencia de estrías que las embarazadas de la M. Martin.

GRAFICO N° 13



CUADRO Nº 14

EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN LUGARES DONDE SE OBSERVAN LAS ESTRIAS– Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

(Expresado en cantidad)

Lugar donde se le han formado estrías	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
Mama	33	17	50
Abdomen	44	39	83
Piernas	39	16	55

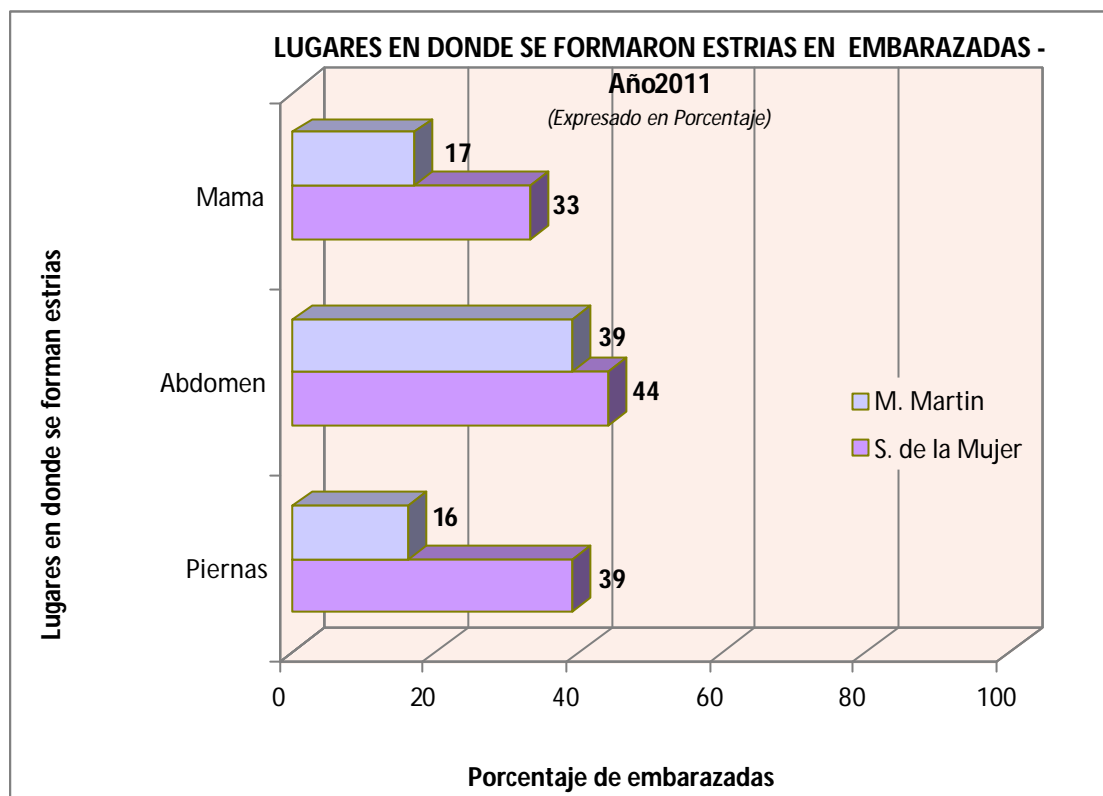
Observaciones: Del total de embarazadas que expresaron notar estrías, esto es 119, el 42 % lo notó en la Mama, el 70 % en el Abdomen y el 46 % en las piernas.

Del total de embarazadas del Sanatorio de la Mujer que expresaron notar estrías, esto es 66 embarazadas, el 50 % lo nota en la Mama, el 67 % en el Abdomen y el 59 % en las piernas.

Del total de embarazadas de la Maternidad Martin que expresaron notar estrías, esto es 53 embarazadas, el 32 % lo nota en la Mama, el 74 % en el Abdomen y el 30 % en las piernas.

En los tres lugares señalados, las embarazadas encuestadas en el Sanatorio de la Mujer, expresan tener estrías con mayor frecuencia que las embarazadas de la Maternidad Martín.

GRAFICO Nº 14



CUADRO Nº 15

EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN SI HA NOTADO CAMBIOS VASCULARES EN ZONAS QUE ANTES NO ESTABAN– Rosario, Santa Fe – Año 2011.

(Expresado en cantidad)

¿Ha notado cambios vasculares?	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
Nevos araña	6	4	10
Palma de la mano colorada	8	25	33
Edemas	68	68	136
Várices	60	24	84

Observaciones: Sólo un ínfimo porcentaje de mujeres, el 5 % experimentó nevos araña. De éstas, la mayoría fue en la cara, 6 de cada 10 embarazadas, 3 de cada 10 en el brazo y 1 de cada 10 en la espalda.

Al igual que en el caso anterior, el porcentaje del total de mujeres que experimentaron la palma de la mano colorada no fue grande, el 17 %.

En cuanto a la formación de edemas, se pudo observar que el 68 % del total de las embarazadas manifestaron este síntoma.

Del total de las embarazadas, el 42 % se les descubrió várices en el embarazo.

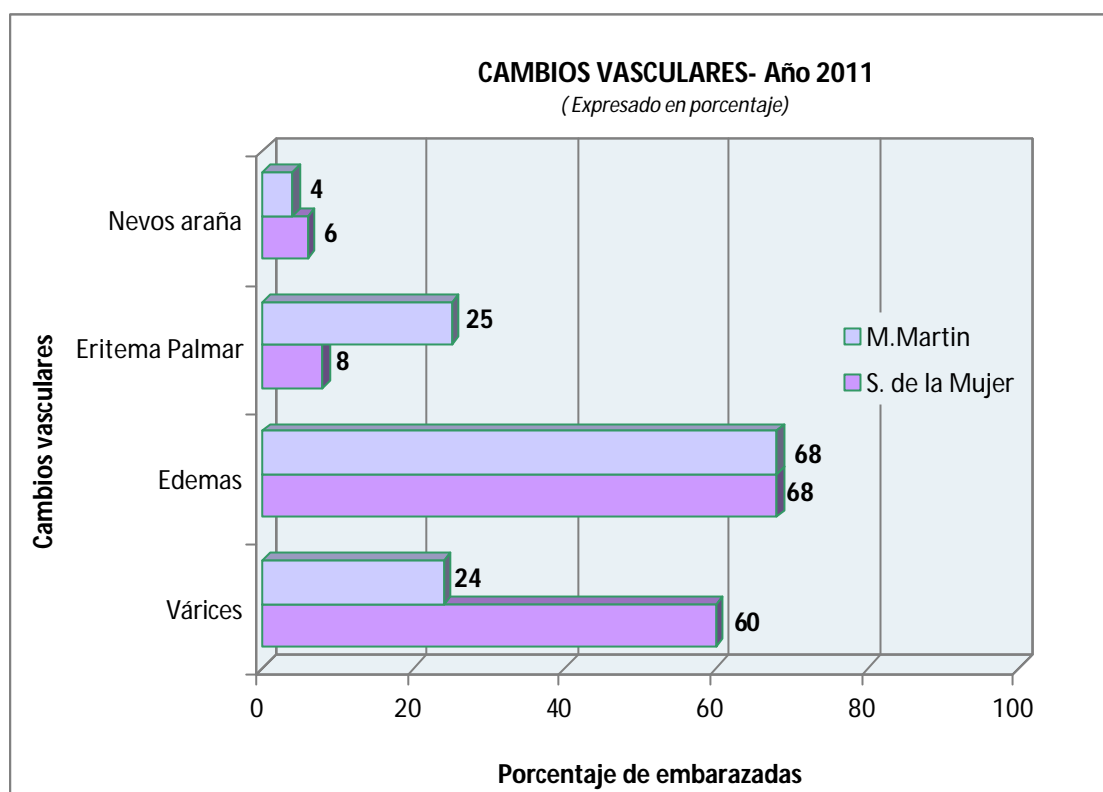
Comparando ambas instituciones podemos observar que en el Sanatorio de la mujer, las embarazadas que experimentaron nevos araña fueron 6 de cada 10 mientras que en la Maternidad Martin fueron de 4 de cada 10 mujeres.

En relación a la palma de la mano colorada, en el Sanatorio de la Mujer 2 de cada 10 embarazadas lo manifestaron mientras que en la Maternidad Martin lo manifestaron 8 de cada 10 embarazadas.

Con respecto a la formación de edemas y siempre comparando ambas instituciones se pudo ver que en el Sanatorio de la Mujer y en la Maternidad Martin la relación fue igual es decir que en ambas instituciones 5 de cada 10 embarazadas manifestaron formación de edemas.

Finalmente, en relación al descubrimiento de várices, se pudo observar que en el Sanatorio de la Mujer, 7 de cada 10 mujeres lo manifestaron mientras que en la Maternidad Martin sólo 3 de cada 10 embarazadas lo manifestaron.

GRAFICO Nº 15



CUADRO Nº 16

EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN LUGARES DONDE SE FORMAN LOS EDEMAS– Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

Lugar donde se le han formado edemas	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
Párpados	29	21	50
Cara	38	18	56
Tobillo/Pie	72	62	134
Mano	41	29	70

Observaciones: La mayoría de las embarazadas forman mayor edemas en el tobillo/pie, el 67 %. Un 35% lo hacen en las manos, un 28% en la cara y un 25% hacen edemas en los párpados.

Comparando ambas instituciones se puede ver que en el Sanatorio de la mujer, las embarazadas que experimentaron edemas en los párpados fueron 6 de

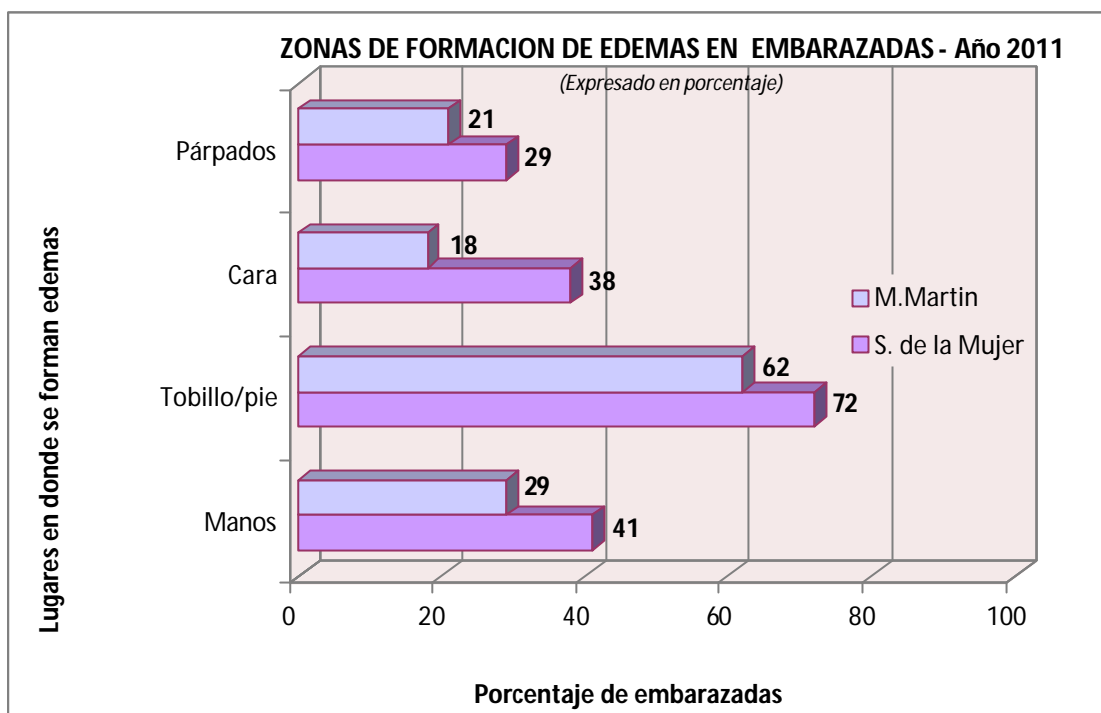
cada 10 mientras que en la Maternidad Martin fueron de 4 de cada 10 embarazadas.

En relación a la formación de edemas en la cara, en el Sanatorio de la Mujer 7 de cada 10 embarazadas lo manifestaron mientras que en la Maternidad Martin lo manifestaron 3 de cada 10 embarazadas.

Con respecto a la formación de edemas en los Tobillos/Pie, siempre comparando ambas instituciones se pudo ver que en el Sanatorio de la Mujer y en la Maternidad Martin la relación fue igual es decir que en ambas instituciones 5 de cada 10 embarazadas manifestaron formación de edemas en Tobillo/Pie.

Finalmente, en relación a la formación de edemas en las manos, se pudo observar que en el Sanatorio de la Mujer, 6 de cada 10 embarazadas lo manifestaron mientras que en la Maternidad Martin 4 de cada 10 lo exteriorizaron.

GRAFICO N° 16



CUADRO Nº 17

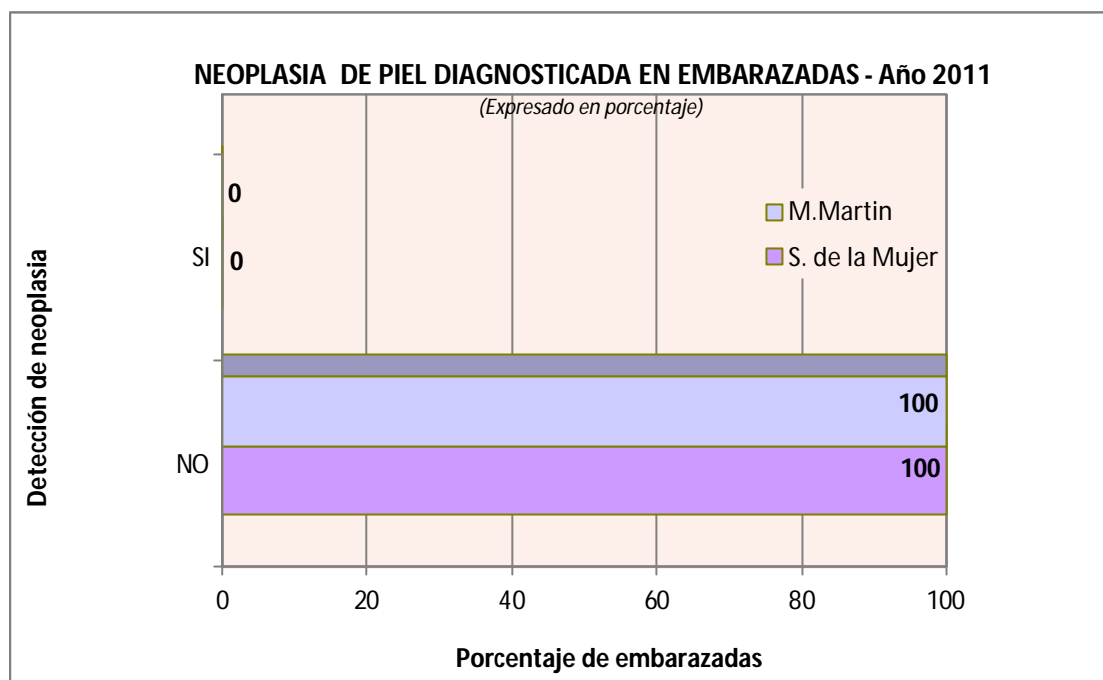
EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN LE DIAGNOSTICARON ALGUNA NEOPLASIA DE LA PIEL EN EL EMBARAZO – Rosario, Sta Fe – Año 2011.

(Expresado en cantidad)

¿Le han diagnosticado alguna neoplasia de la piel durante el embarazo?	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
SI	0	0	0
NO	100	100	200
TOTAL	100	100	200

Observaciones: Ninguna embarazada fue diagnosticada con neoplasia de la piel durante el embarazo.

GRAFICO Nº 17



CUADRO Nº 18

EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN SI ALGUNO DE ESTOS CAMBIOS ANTERIORES LE PROVOCA MALESTAR– Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

(Expresado en cantidad)

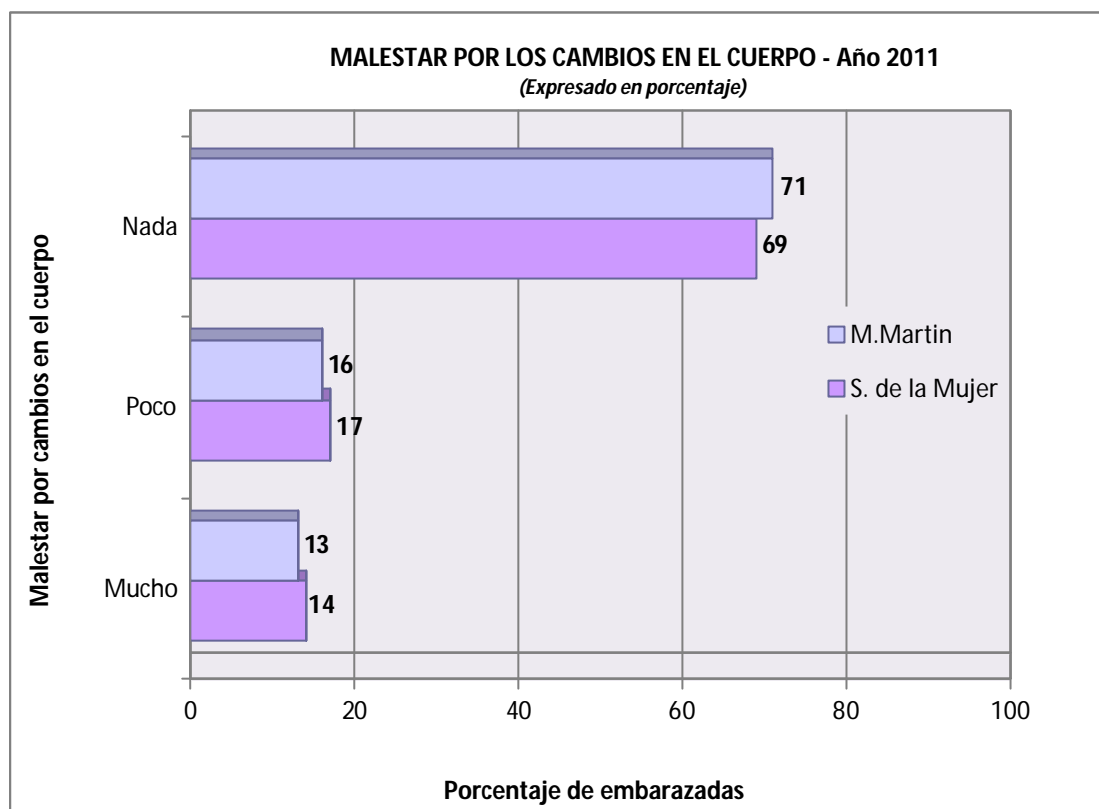
¿Alguno de estos cambios anteriormente mencionados, le provoca malestar?	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
NADA	69	71	140
POCO	17	16	33
MUCHO	14	13	27
TOTAL	100	100	200

Observaciones: El 70 % del total de las embarazadas manifestaron que no sienten ningún malestar, el 17 % dijo sentir poco y el 13 % responde que sienten mucho malestar con los cambios mencionados anteriormente.

Comparando ambas Instituciones, se puede observar que tanto en el Sanatorio de la Mujer como en la Maternidad las embarazadas que no sienten ningún malestar es igual al 50% en ambas, las que sienten poco representan

el 51 % en el Sanatorio de la Mujer y el 49 % en la Maternidad y las que sienten mucho malestar representan el 52 % en el Sanatorio de la Mujer y 48% en la Maternidad Martin.

GRAFICO N° 18



CUADRO N° 19

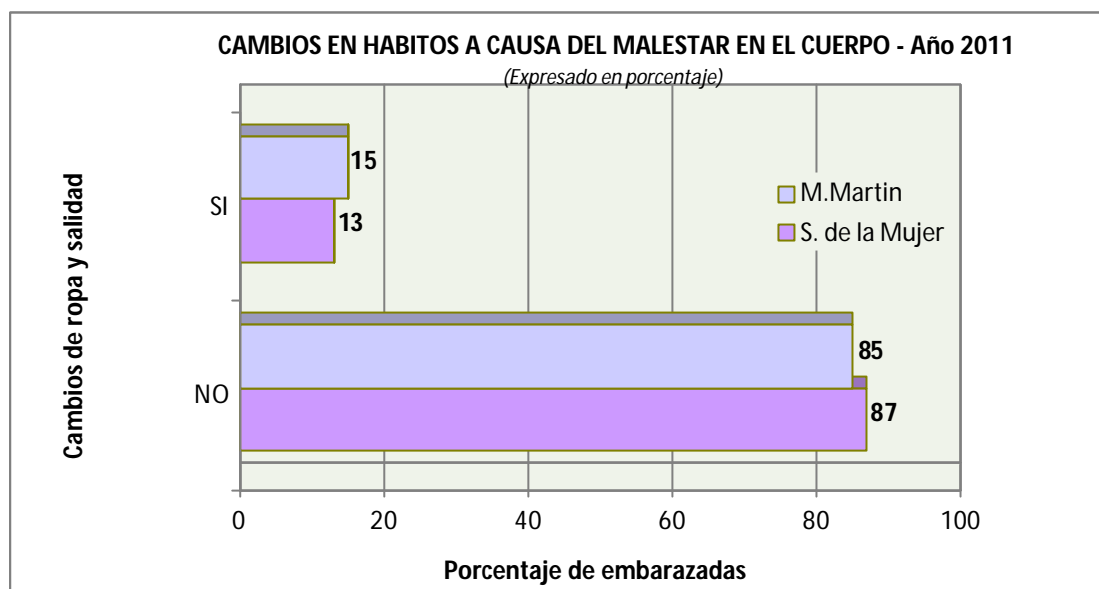
EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN SI HA DEJADO DE USAR ALGUNA ROPA O DEJAR DE CONCURRIR A ALGUN LUGAR A CAUSA DE ESTO— Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

(Expresado en cantidad)

¿Ha dejado de usar algún tipo de ropa o de concurrir a algún lugar a causa de esto?	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
SI	13	15	28
NO	87	85	172
TOTAL	100	100	200

Observaciones: El 14 % del total de las embarazadas manifestaron que dejaron de usar algún tipo de ropa o de concurrir a algún lugar a causa de esto mientras que el 86 % no modificó ninguna anterior.

GRAFICO N° 19



CUADRO N° 20

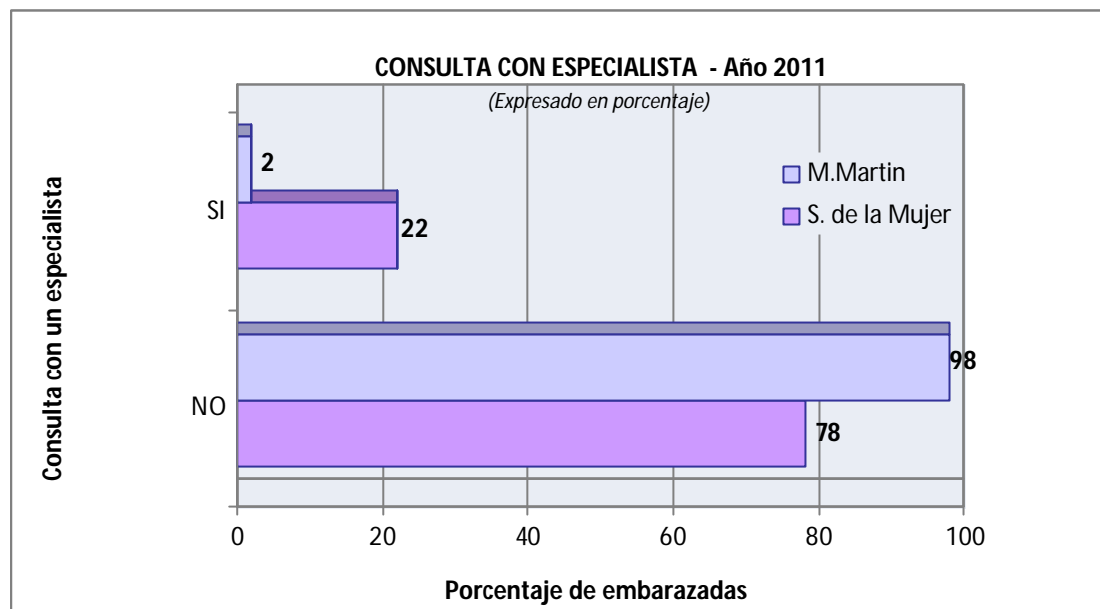
EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN SI HA CONSULTADO A ALGUN ESPECIALISTA PARA RESOLVER EL PROBLEMA- Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

(Expresado en cantidad)

¿Ha consultado a un especialista para intentar solucionar el problema?	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
SI	22	2	24
NO	78	98	176
TOTAL	100	100	200

Observaciones: El 12 % del total de las embarazadas manifestaron que han consultado a un especialista para intentar solucionar el problema mientras que el 88 % no lo hizo.

GRAFICO Nº 20



CUADRO Nº 21

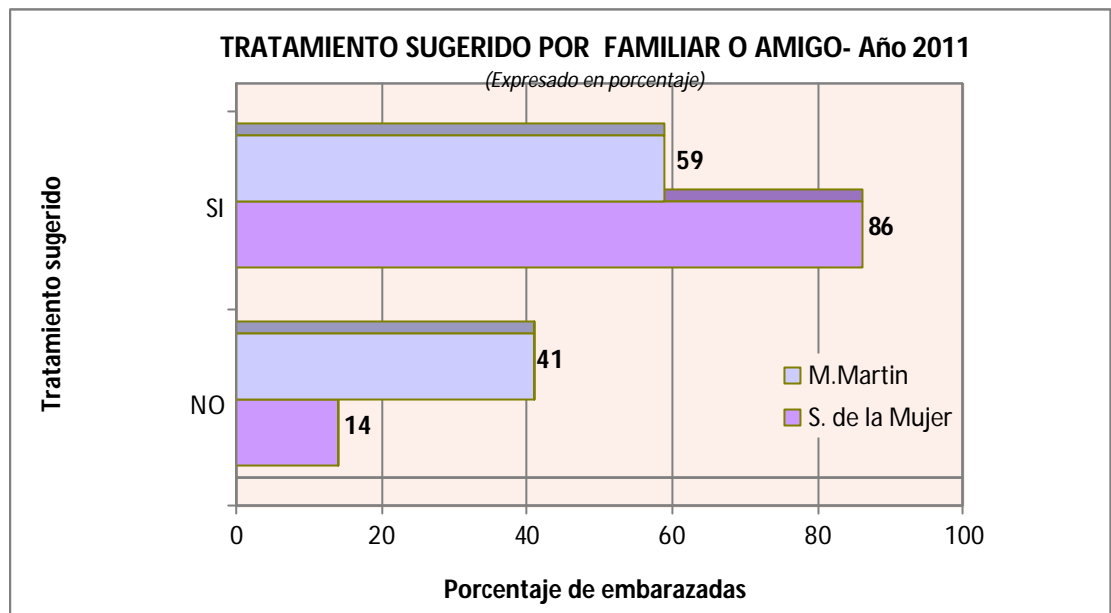
EMBARAZADAS ENCUESTADAS EN EL SANATORIO DE LA MUJER Y MATERNIDAD MARTIN SEGÚN SI HA PROBADO ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO SUGERIDO POR UN AMIGO O FAMILIAR- Rosario, Pcia Santa Fe – Año 2011.

(Expresado en cantidad)

¿Ha probado algún tipo de tratamiento que le haya sugerido algún familiar/amigo?	Sanatorio de la Mujer	Maternidad Martin	TOTAL
SI	86	59	145
NO	14	41	55
TOTAL	100	100	200

Observaciones: El 73 % del total de las embarazadas manifestaron que han con probado algún tipo de tratamiento que le haya sugerido algún familiar/amigo mientras que el 27 % no lo hizo.

GRAFICO N° 21



DISCUSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

1. Ricardo Leopoldo Schwarcz, Carlos Alberto Duverges, Ángel Gonzalo Díaz, Ricardo Horacio Fescina. Modificaciones de la anatomía y fisiología materna producidas por el embarazo. Obstetricia. Editorial El Ateneo. Capitulo nº4:47-63
2. Thomas J Lawley, Kim B. Yancey. Alteraciones Cutáneas a lo largo de la vida. Dermatología en Medicina General. Editores: Freedberg, Eisen, Wolff, Austen, Goldsmith, Katz. Sexta edición. Editorial Medica Panamericana. Capitulo nº142: 1531-1536

3. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-300X2006000300004&script=sci_arttext V. Estrella, S. Barraza, A. Sánchez, R. A. Fernández Bussy. Piel y embarazo. Revista Argentina de Dermatología, Vol. 87, año 2006
4. Hugo Nestor Cabrera, Carlos Fernando Gatti. Dermatologia de Gatti-Cardama. Dermatosis del embarazo. Dermatologia de Gatti-Cardama. Editorial El Ateneo. Capítulo nº39: 494-500
5. Estrella V, Barraza S, Leroux MB y Fernández Bussy R. Uñas frágiles y quebradizas. Rev Méd Rosario 2003; 69: 77-82
6. Disponible en: <http://antoniorondonlugo.com/blog/wp-content/uploads/2010/03/Manifestaciones-dermatologicas-del-embarazo-y-la-lactancia.pdf> Antonio Rondon Lugo. Manifestaciones dermatológicas del Embarazo y la Lactancia.
7. Cordero - Cobreros - Allevato – Donatti; Embarazo, Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas – 1997:255-269
8. Allevato MA. Prurito. Actualización Terapia Dermatológica 2004; 27: 336-344
9. Bermejo A y Leiro V. Sífilis. Tratamiento. Actualización Terapéutica Dermatología 1997; 20: 89-95.
10. Hassan ML, Saposnik M y Pazos MN. Lupus eritematoso y embarazo. Dermatología Argentina 1997; 2: 133-138
11. Leroux MB y Fernández Bussy R. Lupus y Embarazo: Actualización. Archivo Argentino Dermatología 1997; 47: 101-105
12. C. Ferrandiz. Bases del Diagnostico Dermatológico. Dermatologia clinica. 2001: 11-19

13.K.R. Niswander. Fisiología del embarazo. Obstetricia en la Práctica Clínica. Segunda edición. Pág. 31-48

14.Martin Black, Chistina Ambros-Rudolph, Libby Edwards, Peter Lynch. Cambios hormonales durante la pubertad, la gestación y la menopausia. Dermatología Obstétrica y Ginecológica. Elsevier. 2009:3-12

ANEXO I: ENCUESTA

Universidad Abierta Interamericana
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Carrera de Medicina

Consentimiento informado:

La siguiente encuesta será utilizada para realizar un trabajo de investigación.

Es anónima y tanto los datos como los resultados obtenidos son de carácter confidencial.

Se me explicó que mi participación es voluntaria y que toda la información personal obtenida para este estudio será estrictamente confidencial, conforme a la ley de protección de los datos personales N° 25326.

Firma-----

Fecha:

Institución:

1. Edad Materna:
 2. Edad Gestacional:
 3. Peso al inicio del embarazo:
 4. Peso actual:
 5. Embarazos previos: ¿Cuántos?:
-
6. ¿Ha notado mayor pigmentación de la piel?
SI NO
 - o ¿En que zonas?
 - Pezones
 - Areola
 - Región genital
 - Línea alba
 - ¿Otra?
 7. Se le han hiperpigmentado:
 - Lunares SI NO
 - Cicatrices SI NO
 - Pecas SI NO

8. ¿Se le ha manchado la cara?
9. El vello, ¿crece con mayor frecuencia? SI NO
- ¿Ha comenzado a nacer en zonas en las que antes no estaba?
SI NO
 - ¿Donde?
 - Cara
 - Brazos
 - Piernas
 - Línea alba
 - Espalda
10. ¿Noto las uñas más frágiles, quebradizas, con falta de brillo o con estrías? SI NO
11. ¿Ha notado que transpira más? SI NO
12. ¿Ha notado la piel más grasa? SI NO
13. ¿Se le han formado estrías? SI NO
- ¿En que zonas?
 - Mamas
 - Abdomen
 - Piernas
 - Otra
14. ¿Ha notado nevos araña? SI NO
- ¿Dónde?
15. ¿Tiene la palma de la mano colorada? SI NO
16. ¿Se le forman edemas? SI NO
- ¿Donde?
 - Párpados

- Cara

- Tobillos

17. ¿Se ha descubierto várices producto del embarazo? SI NO

18. ¿Le han diagnosticado alguna neoplasia de la piel durante el embarazo?

SI NO

o ¿Cuál?

19. ¿Alguno de estos cambios anteriormente mencionados, le provoca malestar?

SI Mucho

Poco

NO

20. ¿Ha dejado de usar algún tipo de ropa o de concurrir a algún lugar a causa de esto? SI NO

21. ¿Ha consultado a un especialista para intentar solucionar el problema?

SI NO

22. ¿Ha probado algún tipo de tratamiento que le haya sugerido algún familiar/amigo? SI NO

Muchas gracias por su colaboración!

ede Regional Rosario