

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MÁS FRECUENTES EN EL EMBARAZO

La mayoría de las mujeres toman al menos un medicamento durante el embarazo, sea requerido por una condición crónica (que precisaría evaluación preconcepcional) o por alguna condición clínica originada en la gestación. Aunque solo **el 2-3 % de las malformaciones congénitas se asocian a la exposición a fármacos**, durante el embarazo se debe prestar especial atención a la teratogénesis y **priorizar las medidas no farmacológicas** para tratar síntomas menores. Cuando sea preciso un fármaco, se deben **prescribir aquellos con mayor experiencia de uso, mejor perfil de seguridad**, a la **menor dosis** y durante el **período más corto** posible.

En este documento se aporta información sobre el **tratamiento de los síntomas y trastornos menores más frecuentes durante el embarazo**. Para ello, es importante considerar algunas premisas que se tienden a obviar:

Riesgo en el embarazo **no es sinónimo de teratogenia** (definida como cualquier alteración morfológica, bioquímica o funcional inducida en el embrión o el feto durante el embarazo).

La existencia de riesgo (incluso grave) **no implica probabilidad elevada**.

La probabilidad de riesgo **varía según la edad gestacional**: la teratogénesis es más probable durante el primer trimestre (1T), cuando se pueden dar malformaciones más graves; en el segundo (2T) y el tercer (3T) trimestre las suelen ser de más leves y se pueden inducir complicaciones en el parto.

En la elaboración de este medicamento se ha tenido en cuenta la clasificación **Micromedex®**, que ofrece un gradiente de riesgo de teratogenia potencial:

(1): **riesgo fetal mínimo**.

(2): **no puede excluirse** riesgo fetal.

(3): **puede causar** riesgo fetal.

(4): **daño fetal demostrado**.

(5): **contraindicado**.

(ND): información no disponible.

TRASTORNOS MÁS FRECUENTES EN EL EMBARAZO			
Trastorno	Tratamiento no farmacológico	Tratamiento farmacológico	Riesgo potencial de teratogenia
NÁUSEAS Y VÓMITOS Afectan al <u>50-90 % de las embarazadas</u> . Clínicamente significativo en 1/3 embarazos. Etiología <u>multifactorial</u> (factores genéticos, endocrinos y gastrointestinales). Suelen <u>comenzar en las semanas 4-9</u> , se agravan en las 12-15 y tienden a remitir en la semana 20. El tratamiento precoz <u>puede evitar la progresión a hiperémesis gravídica</u> (1 % de embarazos).	<ul style="list-style-type: none"> · Evitar la <u>exposición a olores</u> que puedan desencadenar los síntomas, así como los alimentos grasos y/o picantes. · Puede ser útil <u>comer pequeñas cantidades</u> de alimentos repartidas a lo largo del día y beber líquidos entre las ingestas. · Se ha propuesto el uso de <u>preparados con jengibre</u> (por ej., Nausagest®), aunque no hay evidencia consistente. · Acupuntura, acupresión y acuestimulación: resultados variables y evidencia limitada. 	Piridoxina (vitamina B6) Puede aliviar en las etapas iniciales de la gestación y prevenir la aparición de hiperémesis gravídica. <u>Primera línea de tratamiento en combinación con doxilamina</u> (Cariban®, Bonjesta®).	(1): piridoxina
		Antihistamínicos H1 Los antihistamínicos <u>han demostrado su eficacia</u> , sin evidencia de efectos adversos sobre el feto ni la madre.	(2): difenhidramina, dimenhidrinato (ND): doxilamina
		Antagonistas dopaminérgicos La <u>metoclopramida puede producir efectos extrapiramidales</u> y debe evitarse al final del embarazo por riesgo en el neonato. La <u>domperidona estimula la secreción de prolactina</u> .	(2): metoclopramida (ND): domperidona
		Agonista del receptor 5HT-3 Precaución por posibles efectos adversos cardíacos y malformaciones orofaciales (especialmente usados en el 1T).	(2): granisetron, ondansetron, palonosetron

TRASTORNOS MÁS FRECUENTES EN EL EMBARAZO			
Trastorno	Tratamiento no farmacológico	Tratamiento farmacológico	Riesgo potencial de teratogenia
PIROSIS Y ARDOR EPIGÁSTRICO Afectan al <u>17-50 % de las embarazadas</u> , aunque alcanza el 80 % en el <u>último trimestre</u> .	<ul style="list-style-type: none"> · <u>Evitar comidas copiosas</u> y comer despacio, asegurando una buena masticación. · <u>Disminuir la ingesta de alimentos ácidos</u> (cítricos, tomate, café). · <u>No comer en las 4 horas previas a acostarse</u>. · <u>Elevar la cabecera de la cama</u>. · <u>Evitar alcohol y tabaco</u>. 	Antiácidos y alginatos Tratamiento de primera línea por eficacia y seguridad. Los <u>alginatos</u> (por ej., Gaviscon ®) inducen un alivio más rápido y duradero. <u>No se recomienda el uso de bicarbonato sódico</u> en solitario.	(2): bicarbonato sódico, carbonato cálcico, hidróxido de magnesio, óxido de magnesio (ND): alginato sódico, hidróxido de aluminio
		Antagonistas dopaminérgicos La <u>metoclopramida puede ser útil</u> en esta indicación al promover el vaciamiento gástrico, mejorar la eliminación de ácido y aumentar la presión del esfínter esofágico inferior.	(2): metoclopramida
		Antihistamínicos H2 Aunque no se ha descrito teratogenia, <u>no se recomienda su uso en el embarazo</u> .	(2): famotidina
		Inhibidores de la bomba de protones (IBP) Datos limitados en embarazadas: usar <u>solo si no hay respuesta a los tratamientos previos</u> . La mayoría parecen ser seguros, aunque el <u>rabeprazol está contraindicado en ficha técnica</u> .	(2): esomeprazol, lansoprazol, omeprazol, pantoprazol, rabeprazol
		Laxantes formadores de bolo La absorción sistémica es insignificante y no se conoce el riesgo fetal. Constituyen el <u>tratamiento de elección</u> .	(ND): agar, <i>Plantago ovata</i>
ESTREÑIMIENTO Muy frecuente en las embarazadas, sobre todo al <u>final de la gestación</u> . Se produce por la <u>reducción de la motilidad gastrointestinal</u> secundaria a la presión uterina.	<ul style="list-style-type: none"> · Aumentar <u>ingesta de líquidos</u>, priorizando bebidas tibias o calientes en ayunas. · Aumentar la <u>ingesta de alimentos ricos en fibra</u>: legumbres, verduras, frutas y hortalizas. · <u>No restringir en exceso el aceite</u> (lubricante). · En la medida de lo posible, mantener un <u>estilo de vida activo con ejercicio regular</u>. 	Laxantes osmóticos La exposición sistémica es insignificante y no se conoce riesgo fetal.	(2): glicerina, lactitol, lactulosa, macrogol
		Laxantes lubricantes La parafina (Emuliquen simple ®) puede reducir la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E y K) y de algunos fármacos. El uso prolongado puede producir hipotrombinemia y enf. hemorrágica en el neonato; valorar uso individualmente.	(2): parafina
		Laxantes estimulantes <u>No están recomendados durante el embarazo</u> . La cáscara sagrada, el picosulfato de sodio y los senósidos o sen pueden producir toxicidad embriofetal. El aceite de ricino provoca contracciones uterinas que pueden llegar a inducir el parto.	(1): sen (2): aceite de ricino (ND): cáscara sagrada, docusato sódico, picosulfato sódico

TRASTORNOS MÁS FRECUENTES EN EL EMBARAZO			
Trastorno	Tratamiento no farmacológico	Tratamiento farmacológico	Riesgo potencial de teratogenia
HEMORROIDES Al final de la gestación, aproximadamente $\frac{1}{3}$ de las mujeres presentan hemorroides. La alta prevalencia se debe al aumento del tamaño uterino, que presiona las venas rectales. Las heces duras y el esfuerzo al defecar contribuyen al riesgo de hemorroides. Pueden volverse sintomáticas por su prolapso, por otras complicaciones (como trombosis) y por asociación a fisuras anales.	<ul style="list-style-type: none"> · Aumentar la <u>ingesta de fibra y líquidos</u>, así como la <u>actividad física</u>. Puede ser aconsejable la pérdida de peso. · <u>Baños de asiento con agua tibia</u> 2-3 veces al día. · Lavado con agua fría y jabón tras cada deposición. 	Tratamiento local Cremas, ungüentos o supositorios que contienen <u>anestésicos</u> , <u>antiinflamatorios</u> y <u>corticosteroides</u> , solos o en combinación. No se ha evaluado su seguridad durante el embarazo. A pesar de emplear dosis bajas y de la limitada absorción sistémica, se debe <u>valorar el beneficio/riesgo</u> de cada caso.	(2): acetónido de fluocinolona, benzocaína, hidrocortisona, lidocaína, tetracaína (3): triamcinolona (ND): beclometasona (tópica), prednisolona (tópica)
		Flebotónicos (flavonoides) Algunos ensayos con rutósidos (troxerutina) han demostrado mejoría significativa, pero <u>no se recomienda por falta de evidencia sobre su seguridad</u> .	(ND): troxerutina
ANEMIA FERROPÉNICA Afecta al 30-40 % de las embarazadas. Puede inducir <u>alteraciones en el feto</u> (sobre todo a nivel de neurodesarrollo) y se asocia con una <u>mayor probabilidad de parto pretérmino</u> . No es la única causa de anemia que se da en el embarazo: déficit de B12 y folato, talasemia, trastornos inflamatorios, hemólisis, sangrado...	<ul style="list-style-type: none"> · <u>Asesoramiento dietético</u>: el hierro hemínico (de origen animal) se absorbe 2-3 veces mejor que el no hemínico, aunque el 95 % de la ingesta de hierro procede de este último. · Algunos alimentos o sustancias <u>aumentan la biodisponibilidad del hierro</u> (vitamina C, cereales) y otros la <u>disminuyen</u> (café y té) 	Hierro oral Las sales <u>ferrosas</u> (fumarato, sulfato y gluconato) tienen mejor absorción y biodisponibilidad que las férricas (ferrimanitol ovoalbúmina y proteínsuccinilato de hierro).	(2): gluconato hierro, hierro (III) sulfato (ND): ferrimanitol ovoalbúmina, ferroglicina sulfato, proteínsuccinilato de hierro
		Hierro intravenoso Indicado <u>a partir del segundo trimestre en caso de no tolerar o no responder a los preparados orales</u> .	(2): hierro carboximaltosa, hierro sacarosa
INSOMNIO Prevalencia: 12-38 % en 1T y 2T, <u>42 % en 3T</u> . Elevada frecuencia por: cambios hormonales, náuseas y vómitos, nicturia, RGE, ansiedad, piernas inquietas, calambres, lumbalgia, apnea obstructiva del sueño, limitaciones posturales... Aunque suele aparecer al inicio del embarazo, las mujeres suelen comunicarlo en etapas tardías: existe <u>infradiagnóstico e infratratamiento</u> .	<ul style="list-style-type: none"> · <u>Medidas de higiene y educación del sueño</u>: ciclos regulares, controlar estímulos, evitar consumo de cafeína, minimizar la ingesta de líquidos antes de acostarse, realizar ejercicio regularmente alejado de la hora de dormir... · No existe evidencia suficiente para establecer recomendaciones sobre el uso de ciertos suplementos dietéticos, tisanas o acupuntura. 	Melatonina <u>Escasa evidencia sobre su uso en el embarazo</u> . Atraviesa la placenta y puede tener influencia sobre el desarrollo de los ritmos circadianos.	(2): melatonina
		Benzodicepinas y análogos hipnóticos Una revisión sistemática no encontró asociación con un mayor riesgo de malformaciones, pero sí de <u>parto prematuro, bajo peso al nacer y corta edad gestacional</u> . El uso continuado durante el embarazo puede tener <u>efectos negativos en el neonato</u> : hipotermia, hipotonía, hipotensión y depresión respiratoria, así como síntomas de abstinencia de forma más ocasional. Las benzodicepinas <u>deben evitarse durante el embarazo a menos que no exista una alternativa efectiva más segura</u> .	(2): alprazolam, bromazepam, brotizolam, clobazam, clonazepam, clordiazepóxido, diazepam, lorazepam, midazolam, nitrazepam, triazolam, zolpidem. (4): quazepam, zopiclona. (5): temazepam. (ND): clorazepato, flunitrazepam, flurazepam, ketazolam, loprazolam, lormetazepam, oxazepam.

DOLOR El dolor es muy frecuente en el embarazo, pero la preocupación por la seguridad del feto hace que <u>muchas mujeres eviten la analgesia</u> . No tratar el dolor es un factor de riesgo para desarrollar dolor crónico y estrés materno, depresión, privación del sueño e hipertensión, que también pueden afectar al desarrollo fetal.	Antes de prescribir analgésicos, considerar si es posible la aproximación no farmacológica, incluyendo la fisioterapia, el uso de calor y/o frío y la terapia psicológica.	Paracetamol <u>Analgésico de elección</u> . Utilizar la mínima dosis eficaz y el mínimo tiempo posible. Aunque atraviesa la placenta, se considera un <u>fármaco seguro y es ampliamente usado</u> para el dolor y la fiebre en gestantes. Algunas investigaciones recientes sugieren una asociación entre su uso y alteraciones del neurodesarrollo, reproductivas y urogenitales.	(2): paracetamol
		AINEs Pueden usarse, cuando sea preciso, con una <u>duración máxima de una semana</u> , por su efecto reductor del líquido amniótico. Su perfil de seguridad depende del momento, la dosis y la duración de la exposición. Durante el 1T y 2T pueden provocar aborto espontáneo, malformaciones cardíacas y gastroquiasis. <u>A partir de la semana 30 están contraindicados</u> por riesgo de cierre del ductus, oligohidramnios fetal y anomalías hemostáticas.	(2): fenilbutazona, ibuprofeno, indometacina, ketorolaco, meloxicam (4): ácido mefenámico, celecoxib, diclofenaco, ketoprofeno, nabumetona, naproxeno, piroxicam (5): aceclofenaco, etoricoxib, tenoxicam (ND): ácido niflúmico, dexibuprofeno, dexketoprofeno, lornoxicam, parecoxib
		Metamizol <u>No existe evidencia suficiente para recomendar su utilización</u> .	(2): metamizol
		Opioides <u>No son de elección en dolor leve-moderado</u> y tampoco son efectivos en todo tipo de dolor. <u>Atraviesan la placenta y la barrera hematoencefálica</u> . Además, el embarazo puede alterar su farmacocinética. El uso prolongado aumenta el <u>riesgo de abstinencia neonatal</u> . Valorar beneficio/riesgo en casos concretos y períodos cortos.	(2): alfentanilo, remifentanilo, sufentanilo (3): buprenorfina, fentanilo, hidromorfona, metadona, tapentadol, tramadol (4): codeína, morfina, oxicodona
CALAMBRES EN LAS PIERNAS Son más frecuentes en la <u>segunda mitad del embarazo</u> y por las <u>noches</u> . La mayoría duran pocos segundos, pero en casos graves pueden durar minutos y afectar a la calidad de vida. Se podrían relacionar con el <u>peor retorno venoso</u> por la presión del útero y del descenso del tono de la musculatura venosa por acción de la progesterona, además de con carencias nutricionales (vit. B1 y B6, Mg, Na, Ca...). Diagnóstico diferencial con <u>sd. piernas inquietas</u> .	<ul style="list-style-type: none"> · Aumentar la hidratación. · Aplicar <u>calor</u> en caso de tensión muscular y <u>frío</u> en caso de dolor. · Ejercicios regulares de <u>estiramiento</u>. 	Magnesio Una revisión sistemática Cochrane de 3 ensayos clínicos halló una <u>alta heterogeneidad</u> .	(2): magnesio
		Calcio <u>No ha demostrado una reducción consistente en la frecuencia y la intensidad de los síntomas</u> , por lo que no es posible dar recomendaciones concretas sobre su utilidad.	(2): calcio
		Vitaminas No existen estudios que permitan concluir su utilidad.	(1): piridoxina (B6), tiamina (B1) (2): colecalciferol, ergocalciferol, ácido ascórbico

Adaptado de:

- 1) Tratamiento de los trastornos comunes durante el embarazo. Boletín terapéutico andaluz de CADIME (Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos) Volumen 37 - Número 2. 2022. <https://doi.org/10.11119/BTA2022-37-02>.

* Tablas de elaboración propia a partir del texto citado en 1.