

NAUSEAS, VÓMITOS E HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

Las náuseas y vómitos afectan al 50-60% de las embarazadas. Suelen iniciarse entre las semanas 4-9 y tienden a mejorar o desaparecer después de la semana 20. La hiperémesis gravídica es la forma más grave de presentación, con vómitos incoercibles, pérdida de peso, deshidratación y alteraciones electrolíticas. El tratamiento temprano de las náuseas y vómitos podría evitar la progresión a esta forma más grave.

Intervenciones no farmacológicas

Evitar exposición a olores o alimentos que desencadenen náuseas. Evitar alimentos grasos, picantes y derivados del hierro. Puede ser útil realizar comidas de pequeña cantidad más veces al día y beber líquidos entre las comidas.

Tratamiento farmacológico

- Antihistamínicos H1 (doxilamina, difenhidramina, dimenhidrato): los antihistamínicos han demostrado eficacia y no han mostrado riesgo ni para la madre ni para el feto.
- Agonistas dopaminérgicos (metoclopramida): debe evitarse al final del embarazo por riesgo de sdr extrapiramidal en el recién nacido
- Agonistas del receptor 5-HT₃ (ondansetrón, granisetón, palonosetrón) con precaución por posibles efectos adversos cardiacos y malformaciones orofaciales, especialmente en 1r trimestre.

Recomendados

- Doxilamina + Piridoxina: **elección**
- Difenhidramina
- Dimenhidrato
- Metoclopramida (evitar al final del embarazo)

Individualizar (valorar beneficio-riesgo)

- Ondansetrón, granisetón, palonosetrón

PIROSIS Y ARDOR EPIGÁSTRICO

Se trata de un síntoma común que sufren entre el 17-50% de las embarazadas, llegando al 80% en el último trimestre. Su causa son factores tanto hormonales como mecánicos, ya que el propio útero comprime el estómago y disminuye el tono del esfínter esofágico inferior.

Intervenciones no farmacológicas

Evitar comidas copiosas y comer despacio masticando bien los alimentos. No comer las horas previas a acostarse y elevar la cabecera de la cama. Evitar alimentos ácidos y picantes, así como no tomar alcohol ni fumar.

Tratamiento farmacológico

- Alginatos y antiácidos: tratamiento de primera línea por su eficacia y seguridad. Especialmente los alginatos son el tratamiento que proporciona un alivio más rápido. No se recomienda el bicarbonato sódico.
- Agonistas dopaminérgicos (metoclopramida): estimula el vaciado gástrico y aumenta el tono del esfínter.
- Antihistamínicos H₂ (famotidina): no se recomiendan.
- IBP: No existen suficientes datos aunque parecen seguros, usar con precaución. Rabeprazol está contraindicado en ficha técnica.

Recomendados

- Alginatos
- Antiácidos (excepto bicarbonato sódico)
- Metoclopramida

Individualizar (valorar beneficio-riesgo)

- IBP (menos rabeprazol): 2a línea

No reomendados

- Bicarbonato sódico
- Famotidina
- Rabeprazol

ESTREÑIMIENTO

Muy frecuente especialmente al final de la gestación por reducción de la motilidad gastrointestinal y retraso de vaciado por presión del útero.

Intervenciones no farmacológicas

Aumentar la ingesta de líquidos e incluir bebidas tibia o calientes en ayunas. Aumentar la ingesta de alimentos ricos en fibra y suplementos de fibra natural (ej salvado de trigo). Estilo de vida activo con ejercicio regular para estimular el tránsito.

Tratamiento farmacológico

Laxantes formadores de bolo y laxantes osmóticos son seguros ya que la exposición sistémica es insignificante y no se conoce riesgo fetal

Laxantes lubricantes (parafina) pueden disminuir la absorción de vitaminas liposolubles y el uso prolongado puede producir enfermedad hemorrágica en el neonato, por lo que deben valorarse individualmente.

Laxantes estimulantes no están recomendados por toxicidad embriofetal o el caso de aceite de ricino por riesgo de inducción de parto.

Recomendados
- Plántago ovata - Agar - Glicerina - Lactulosa - Lactitol - Macrogol
Individualizar (valorar beneficio-riesgo)
- Parafina
No recomendados
- Aceite de ricino - Cáscara sagrada - Senósidos - Docusato sódico

HEMORROIDES

Al final de la gestación un tercio de las mujeres presenta hemorroides y hasta un 20% en el postparto. Se producen por una dilatación de las venas del recto y ano debido a la dificultad del retorno venoso. Pueden volverse sintomáticas, producir dolor y sangrado.

Intervenciones no farmacológicas

Baños de asiento con agua tibia 2-3 veces al día y lavarse con agua fría y jabón después de defecar para mantener la zona limpia. Evitar quedarse mucho rato sentada en el inodoro. Evitar el estreñimiento.

Tratamiento farmacológico

No se ha evaluado la seguridad de los antihemorroidales tópicos. Deberían usarse cuando el beneficio potencial fuera superior al posible riesgo para el feto o recién nacido. No hay evidencia suficiente para recomendar flebotónicos.

DOLOR

Intervenciones no farmacológicas

Antes de prescribir analgesia es preferible intentar medidas no farmacológicas como fisioterapia, aplicar calor local o baños con agua caliente.

Tratamiento farmacológico

El fármaco de elección es el Paracetamol, aunque también se recomienda utilizarlo a la mínima dosis eficaz y durante el menor tiempo posible. En cuanto al Metamizol no existen datos para recomendar su utilización durante el embarazo.

El perfil de seguridad de los AINE depende de la dosis,

Recomendados
Paracetamol
Individualizar
AINE (ibuprofeno) en 1º y 2º trimestre Opioides
No recomendados (contraindicados)
AINE (>30 semanas)

duración de tratamiento y momento de la gestación. En el primer y segundo trimestre tienen riesgo de aborto espontáneo, malformaciones cardíacas y gastrosquisis. A partir de la semana 30 de gestación existe riesgo de cierre prematuro del ductus y oligohidramnios fetal, por lo que están contraindicados en tercer trimestre. Entre los fármacos de uso común el Ibuprofeno parece tener mejor perfil beneficio-riesgo.

En cuanto a los opioides no están indicados para el tratamiento del dolor leve-moderado. Solo deberían usarse si los beneficios superan a los riesgos y durante un tiempo corto. Existe riesgo de síndrome de abstinencia fetal.

INSOMNIO

La prevalencia de insomnio durante el embarazo se sitúa entre el 12.38% de las embarazadas, y suele ser debido a cambios hormonales, ansiedad, molestias posturales, náuseas, calambres o piernas inquietas.

Intervenciones no farmacológicas

En primer lugar deberíamos recomendar medidas de higiene del sueño: establecer ciclos regulares, evitar estímulos tanto auditivos como visuales en las horas próximas a dormir, minimizar la ingesta hídrica de cara a la noche para evitar la nicturia, evitar la ingesta de cafeína, realizar ejercicio regular por la tarde y la meditación.

Tratamiento farmacológico

Existe escasa evidencia para recomendar el uso de la melatonina durante el embarazo. En cuanto a las benzodiazepinas, su uso no se ha asociado a malformaciones fetales pero sí que aumenta el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer. Su uso continuado puede provocar en el neonato síntomas de hipotermia, hipotonía, hipotensión y disminución de la función respiratoria. En caso de ser necesario su uso, durante el menor tiempo y la mínima dosis.

CALAMBRES EN LAS PIERNAS

Són más frecuentes en la segunda mitad del embarazo y su etiología es desconocida.

Intervenciones no farmacológicas

Aumentar la hidratación de la piel. Aplicar calor local y frío cuando exista dolor muscular. Realizar estiramientos de la masa gemelar varias veces al día.

Tratamiento farmacológico

Los tratamientos como el magnesio, el calcio y la suplementación con vitaminas B, D y C no han demostrado eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

Tratamiento de los trastornos comunes durante el embarazo. BTA. 2022. 37 (2)