

MEDICAMENTOS NO EMBARAZO (I)

Autores: Fernández Fraga C¹, Fontao Valcalcel LF¹, López Quintela A¹, Martínez González AM¹, Pérez Álvarez MT², Rodríguez González V¹, Varela Centelles P³, Camba Gómez D⁴, Castelo Fernández I⁴, Expósito Segade A⁴.

Introducción

Cando se administran medicamentos no curso dun embarazo han de considerarse 2 aspectos:

- 1.- Efectos sobre o feto dos medicamentos administrados.
- 2.- Influencia do embarazo sobre a resposta da nai ós medicamentos.

1.- Efectos sobre o feto.

- Efectos teratóxenos: Definidos pola OMS como **efectos adversos morfolóxicos, bioquímicos ou da conducta causados durante a vida fetal e detectados no momento do parto ou máis tardiamente**. Deben considerarse efectos teratóxenos importantes os que afectan á calidade de vida, incluídas as alteracións importantes do desenvolvemento intelectual. Van desde: infertilidade, abortos espontáneos na nai e morte perinatal, alteracións da medranza ou do desenvolvemento fetal e outros efectos diferidos como alteracións xenéticas, carcinoxénese, ata efectos sobre a conducta e sobre a capacidade reproductiva.

Factores que inflúen na acción teratóxena:

- a) Natureza do axente.
- b) Intensidade e duración do estímulo.
- c) Fase do desenvolvemento. A teratoxenia acostuma ser inespecífica e afectar ós órganos que se atopan en desenvolvemento, polo que a fase embrionaria (días 20-55) é o período de maior risco de anomalías estruturais, que son as malformacións morfolóxicas máis importantes. Na etapa fetal poden afectar máis á medranza e desenvolvemento funcional do feto, anomalías morfolóxicas de menor gravidade e inducir complicacións no parto.
- d) Susceptibilidade xenética. É diferente entre distintas especies o que dificulta a extrapolación de

datos do animal ó home (un dos problemas en canto á clasificación de teratoxenia, por exemplo talidomida, teratóxeno no home pero non en animais) así como dun individuo a outro da mesma especie.

e) Características fisiolóxicas e patolóxicas da nai: déficit nutricional (se é xeral: reducen a medranza e aumentan a frecuencia de prematuridade; se é específico dun nutriente pode producir malformacións), idade extrema, procesos patolóxicos (diabetes, hipertensión, toxemia, lupus).

- Reaccións adversas no feto similares ás do adulto que poden manifestarse antes ou despois do parto.
- Reaccións adversas na nai que poden influír no feto.

2.- Influencia do embarazo sobre a resposta da nai ós medicamentos.

Os cambios farmacodinámicos e farmacocinéticos que acontecen durante o embarazo poden resumirse da seguinte forma:

- **Diminución dos niveis séricos**, especialmente no 1º trimestre debido a:
 - incumplimento, por medo irracional a malformacións conxénitas.
 - por aumento do volume de distribución e do aclaramento, tanto renal como hepático, que pode ser causa de ineficacia e requirir maiores doses de algúns medicamentos como por exemplo antibióticos ou antiepilépticos.
- **O aumento de volume de distribución** require unha doses de choque maior, mentres que **o aumento do aclaramento** precisa doses de mantemento maior.

¹ Médico del Servicio de Atención Primaria de Burela - ² Farmacéutica del Servicio de Atención Primaria de Burela - ³ Odontólogo del Servicio de Atención Primaria de Burela- ⁴ Médico de la Unidad de Atención Primaria de Cervo.

• Estes cambios son **máximos ó final do embarazo e reverten con rapidez despois do parto**, polo que se se aumentou a doses ó final do embarazo,

esta debe reducirse tras o parto para evitar a súa toxicidade.

Crterios de utilización de medicamentos durante o embarazo.

Seguirase a clasificación dada pola FDA segundo a seguridade no embarazo.

Táboa 1: Clasificación asignada pola FDA ós medicamentos segundo o seu risco teratoxénico.

CLASIFICACIÓN	DEFINICIÓN	COMENTARIOS
Categoría A	Estudios adecuados e ben controlados en mulleres xestantes non lograron demostrar risco para o feto durante o primeiro trimestre e non existe evidencia de risco en trimestres posteriores.	<ul style="list-style-type: none"> (Representan un 2%. (Principalmente vitaminas. (Son considerados seguros.
Categoría B	Indica unha das seguintes posibilidades: a) En estudos sobre animais non existiu manifestación teratóxena, pero non foi confirmado en mulleres. b) En estudos sobre animais detectouse un certo potencial teratóxeno, pero non puido ser confirmado na muller.	<ul style="list-style-type: none"> (Xeralmente, o seu uso aceptase durante o embarazo. (Aproximadamente un 18%.
Categoría C	Indica unha das seguintes posibilidades: a) En estudos sobre animais detectouse efecto teratóxeno, aínda que non se ensaiou na muller. b) Aínda non se efectuaron estudos nin en mulleres nin en animais.	<ul style="list-style-type: none"> (Supoñen un 49%. (Non pode descartarse o risco teratóxeno. (Inclúense os máis novos, dos que se descoñece o seu efecto. (O seu uso debe restrinxirse a situación nas que non existe un fármaco alternativo máis seguro.
Categoría D	Efectuáronse estudos que demostran efectos teratóxenos sobre o feto humano pero, en ocasións, o beneficio potencial pode supera-lo risco esperado.	<ul style="list-style-type: none"> (Asíumese ó risco en determinadas patoloxías maternas nas que o risco de efectos adversos é superior ó risco teratóxeno dos medicamentos (epilepsia, asma, enfermidade tiroidea, etc.).
Categoría X	Medicamentos que demostraron indubidablemente posuír efectos teratóxenos manifestos e nos que os riscos superan con creces ó posible beneficio.	<ul style="list-style-type: none"> (Totalmente contraindicados no embarazo. (Representan un 6%. (Cando sexa necesario utilízalos en mulleres en idade fértil, tomar medidas anticonceptivas durante o tratamento e incluso a veces un tempo despois de terminalo.

Na táboa 2 aparece o listado de medicamentos clasificados como categoría X da FDA pola importancia do seu coñecemento.

Táboa 2: Medicamentos clasificados como categoría X da FDA (lista non exhaustiva).

Medicamentos ordenados alfabeticamente		Medicamentos ordenados por grupos farmacolóxicos
acido acetohidroxiámico	halofantrina	(anabolizantes: estanozolol, metenelona, nandrolona (andróxenos: mesterolona, testosterona (antiácidos e antiulcerosos: misoprostol (antimigrañosos: dihidroergotamina, ergotamina (antiparasitarios: halofantrina (benzodiazepinas: flurazepam, temazepam, quazepam, triazolam (estatinas; atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, simvastatina (estimulantes de ovulación: clomifeno (estróxenos: estradiol, estriol, estróxenos conxugados (gonodotrofinas: folitropina alfa, folitropina beta, urofollitropina (hormonoterapia antineoplásica: nafarelina (inhibidores de gonadotrofinas e antihormonas sexuais: danazol (inhibidores do parto: ritodrina (moduladores selectivos de receptores estroxénicos: raloxifeno (proxestágenos: didroxestona, xestonorona caproato, linestrenol, medroxestona, proxesterona* (terapia do adenoma prostático: finasterida (terapia dermatolóxica: acitretina, isotretinoína, retinol, tazaroteno (terapia de litiasis biliar: acido quenodesoxicólico (terapia de litiasis renal: acido acetohidroxiámico
acitretina	isotretinoína	
acido quenodesoxicólico	linestrenol	
anticonceptivos orais	lovastatina	
atorvastatina	medroxestona	
clomifeno	mesterolona	
danazol	misoprostol	
didroxestona	nafarelina	
dihidroergotamina	nandrolona	
ergotamina	pravastatina	
etretinato	proxesterona*	
estanozolol metenelona	quazepam	
estradiol	raloxifeno	
estriol	retinol	
estróxenos conxugados	ritodrina	
finasterida	simvastatina	
flurazepam	tazaroteno	
fluvastatina	testosterona	
folitropina alfa	temazepam	
folitropina beta	triazolam	
xestonorona caproato	urofolitropina	

* Sólo poderían usarse en indicacións moi específicas sempre prescritas polo xinecólogo e relacionadas con insuficiencia probada do corpo lúteo mediante biopsia de endometrio previa ó embarazo e por determinación de proxesterona previa ó embarazo (Progeffik®, Utrogestán®), vía vaginal.

Pautas xerais de utilización de medicamentos no embarazo.

Existen 2 aspectos a ter en conta:

- O risco de embriotoxicidade prodúcese antes de que a muller advirta que está embarazada e acuda o seu médico polo que son importantes as medidas educativas preventivas.
- O medo infundado á acción teratóxena dos fármacos non debe impedi-lo tratamento adecuado da embarazada. Debe avaliarse individualmente o beneficio do tratamento fronte ós riscos.

Normas básicas para a utilización de medicamentos no embarazo:

- 1.- Considera-la posibilidade de embarazo en toda muller en idade fértil na que se instaure un tratamento.
- 2.- Prescribir só medicamentos cando sexa imprescindible e evitar medicación de compra-cencia.
- 3.- Desaconsella-la autoprescripción e hábitos tóxicos.

- 4.- Considerar que ningún medicamento é totalmente inocuo (incluso os tóxicos).
- 5.- Valora-lo binomio beneficio/risco xa que determinadas enfermidades non tratadas poden ser tan perigosas como a administración de algúns medicamentos.
- 6.- Elixi-los medicamentos mellor coñecidos e máis seguros e evita-los de recente comercialización.
- 7.- Utiliza-la mínima doses eficaz e durante o menor tempo posible.
- 8.- Ter en conta os cambios farmacocinéticos e farmacodinámicos que se producen durante o embarazo e a súa desaparición despois do parto.
- 9.- Evitar preparados con múltiples principios activos pola dificultade de valora-la posible potenciación de efectos teratóxenos.
- 10.- Valora-la medicación ó diagnosticar un novo embarazo e restrinxila a o estrictamente necesario.

Pirose e náuseas no embarazo.

1. Dispepsia ou dixestión pesada.

Calquera tipo de molestia abdominal como regurxitación do contido do estómago, sabor desagradable na boca, sensación de plenitude ou distensión abdominal, produción de eructos ou ruidos no intestino.

Medidas preventivas:

- Evitar comidas copiosas ou moi graxas.
- Evita-lo exceso de bebidas gasosas.
- Evitar deitarse inmediatamente despois da cea.

Sen estar asociada a ningún outro síntoma ou enfermidade orgánica non acostuma a precisar de ningún tratamento específico.

Control de síntomas máis molestos, como ardor ou sensación de plenitude, mediante emprego de fármacos de forma temporal (non máis de unhas semanas).

Antiácidos e antiH2: Os máis útiles no control dos síntomas relacionados cunha hipersecreción ácida e /ou refluxo gastroesofáxico.

2.- Pirose.

- Afecta ó 80% das embarazadas.
- Frecuente no 3º trimestre (31ª semana ata o parto).
- Inversamente proporcional á idade.
- Parece ser debido ó aumento de proxestero-na máis factores mecánicos.

Tratamento

Recoméndase comezar con medidas dietéticas e cambios no estilo de vida:

- Comidas frecuentes e de pouco volume.
- Camiñar un pouco despois das comidas.
- Durmir coa cama un pouco incorporada.

En caso de requirir tratamento farmacolóxico:

- 1.- Antiácidos ou Sucralfato. Deste último hai poucos datos sobre a súa eficacia no embarazo.
- 2.- Seguir con AntiH2. A Ranitidina é o mellor estudado (150 mg/12 horas semella ser suficiente).
- 3.- No 3º trimestre poden usarse os inhibidores da bomba de protóns, aínda que non demostraron claramente a súa eficacia no embarazo.

Táboa 3: Antiácidos e antiulcerosos.

Grupo	Categoría B	Evitar
Antiácidos	Sales de aluminio, magnesio e calcio	Bicarbonato e os absorbibles en xeral
Protectores	Sucralfato	
AntiH2	Ranitidina Cimetidina Famotidina	
Inhibidores da bomba de protóns	Lansoprozol	Omeprazol (categoría C)
Postagladinas		Misoprostol (categoría X): Contraindicado

De entre os antiflatulentos admítese o uso de **dimeticona** (categoría C) (Aero red®, Enterosilicona®) pola súa absorción nula.

Non se recomenda o uso do espasmolítico **butilescopolamina** (Buscapina®) por falta de estudos.

3.- Náuseas e vómitos.

As náuseas e vómitos no embarazo afectan ó 90 % das mulleres. Xeralmente é autolimitada é o seu

prognóstico é excelente.

En canto á hiperémesis gravídica aparece nun 0,3 -2%. A miúdo require hospitalización e instauración de nutrición parenteral. Poden administrarse antieméticos por vía intravenosa.

Tratamento

Pode ser necesario en **casos graves** pero esto non quere dicir que se usen de forma rutinaria.

❶ **Doxilamina asociada a piridoxina (Cariban®):** é o máis usado en España. Aínda que o seu uso é controvertido e incluso foi retirado en USA segue sendo de elección noutros países (Canadá) xa que non esta claramente demos-

trada a súa teratoxenicidade.

- ❶ Para algúns autores son de elección as fenotiazinas nos vómitos do embarazo: prometazina (categoría C), tietilperazina (non clasificada).
- ❶ Outros medicamentos (táboa 4).

Táboa 4: Categoría de algúns antieméticos.

Grupo	Categoría B
Antihistamínicos	Dimenhidrinato (cinetosis) Meclozina (cinetosis)
Vitaminas	Piridoxina: sola tamén parece ter boa actividade antiemética
Procinéticos	Metoclopramida: Non se recomenda o seu uso rutinario no 1 ^{er} trimestre por menor experiencia e por risco de reaccións extrapiramidais.

Analxesia no embarazo.

Na lumbalxia aconséllanse medidas posturais e calor seco.

- Condicións de administración que condicionan a súa absorción: superficie de aplicación, temperatura local, oclusión ou vendaxe.

❶ AINES tópicos.

Pouca experiencia. Antes da súa prescrición valorar:

- A súa categoría da FDA por vía sistémica.

❶ Analxésicos de uso sistémico.

O seu uso parece ser seguro se se utilizan en tratamentos curtos, de forma puntual e a baixas doses (táboa 5).

Táboa 5: Analxésicos no embarazo.

	Medicamento	Observacións
De elección	Paracetamol	(Categoría B durante todo o embarazo.
Poden usarse	Ibuprofeno Flurbiprofeno Ketoprofeno Diclofenaco Sulindaco Piroxicam Naproxeno	(Clasificados como B excepto no 3 ^{er} trimestre que se clasifican como D. (Non utilizar nas últimas semanas de xestación por: • Actividade antiagregante plaquetaria (risco de hemorraxia). • Inhibi-la síntese das prostaglandinas (peche precoz do ductus arteriosus e consecuente hipertensión pulmonar e diminución das contraccións uterinas).
Caso particular	Dipirirona ou Metamizol (Nolotil®)	Non clasificado pola FDA: (1 ^{er} trimestre: Non utilizar por ausencia de estudos. (3 ^{er} trimestre: Non utilizar pola mesma razón que os anteriores. (Resto do embarazo: solo en ausencia de alternativas terapéuticas máis seguras.
	Opiáceos (categoría B/D)	(Por uso prolongado e regular: Depresión respiratoria neonatal e dependencia fetal con síndrome de abstinencia neonatal, principalmente no 3 ^o trimestre (categoría D a término). (En dolores prolongados que non respondan a paracetamol pode ser de elección un opiáceo débil.

O **ácido acetilsalicílico** está clasificado como categoría C (clasifícase como categoría D no terceiro trimestre se se usa a doses elevadas).

❶ Espasmolíticos.

Os espasmolíticos con estrutura terciaria atravesan a placenta. Descríbense diversos problemas asociados o seu uso aínda que non puido confirmarse dita asociación. Atropina e escopolamina son categoría C. Evitar o seu uso

no embarazo.

As sales cuaternarias parecen supoñer un menor risco pero aínda así evitar o seu uso. A butilescopolamina (Buscapina®) carece de clasificación da FDA.

Infecións no embarazo

ANTIBIOTICOS: consideracións xerais

❶ Beta - lactámicos.

Son os mellor coñecidos. Son ben tolerados e non mostraron teratóxenia.

Farmacocinética alterada: eliminación máis rápida e polo tanto diminución das súas concentracións plasmáticas polo que podería ser necesario aumenta-la doses no embarazo.

Táboa 6: Clasificación da FDA dos Beta-lactámicos de uso máis frecuente.

Categoría B	Observacións
Penicilina G	(Recomendada para Streptococos grupo B.
Ampicilina	(E. coli presenta alto grado de resistencias. (As concentracións plasmáticas diminúen nun 50% polo que deben incrementarse as doses sobre todo no 2º trimestre.
Amoxicilina	(Alternativa oral a ampicilina. (Resistencia cruzada con ampicilina. (E. coli presenta alto nivel de resistencias. (Parece ter actividade fronte a Chlamydia similar a eritromicina (aínda que in vitro non é así) pero con menos reaccións adversas que produzan un abandono do tratamento.
Amoxicilina-clavulánico	(Usado en bacteriuria do embarazo pero hai menor experiencia de uso.
Cefalexina	(É a cefalosporina coa que hai maior experiencia de uso en embarazadas.
Cefuroxima	
Cefradina	
Cefazolina	(Son efectivas no tratamento de pielonefrites.
Ceftriaxona (de 3º xeración)	(Efectivas no tratamento de pielonefrites. (Se se administra pouco antes do parto, correse o risco de kernicterus pola súa alta unión a proteínas plasmáticas.

Coas cefalosporinas de 3ª xeración necesítase máis experiencia.

❶ Outros antibióticos.

Táboa 7: Clasificación da FDA de outros antibióticos.

	Observacións	Contraindicados
Lincosamidas (categoría B)	<ul style="list-style-type: none"> (Úsase en alérxicos a penicilinas en infeccións causadas por Streptococos grupo B. (Alternativa en Chlamydia. (Non é necesario aumentar a súa doses en embarazo. 	
Aminoglucósidos categoría C: Amikacina Gentamicina Netilmicina categoría D: Estreptomicina Kanamicina Tobramicina	<ul style="list-style-type: none"> (Efectivos en pielonefrites aguda. (Poden ser ototóxicas e nefrotóxicas (comprobado en estreptomina). Solo usar como alternativa e se se usan no embarazo debería monitorizarse coidadosamente a doses para evitar toxicidade. 	
Sulfamidas (categoría B/D)	Non son de 1ª liña por: <ul style="list-style-type: none"> (Presentar E. coli alta resistencia. (Efectos adversos. (Reaccións alérxicas. (Inhibir o metabolismo do folato. 	<ul style="list-style-type: none"> (3º trimestre por posibilidade de producir kernicterus no recen nacido.
Trimetoprim (categoría C)		<ul style="list-style-type: none"> (1º trimestre por inhibir o metabolismo dos folatos.
Nitrofurantoina (categoría B)	<ul style="list-style-type: none"> (Activa fronte a E. Coli. (Non activa fronte a Proteus spp. (Reaccións adversas: anorexia, náuseas, vómitos e anemia hemolítica en doentes con déficit de glucosa-6-fosfato deshidroxenasa. 	<ul style="list-style-type: none"> (A término por posibilidade de anemia hemolítica no recen nacido.
Fosfomicina (categoría B)	<ul style="list-style-type: none"> (En infeccións non complicadas do tracto urinario inferior i.v. y oralmente. (Unha sola doses de Fosfomicina é clinicamente tan efectiva como un réxime de 7-10 días de tratamento con nitrofurantoina, cotrimoxazol ou norfloxacin. 	
Macrólidos categoría B: Eritromicina Azitromicina Roxitromicina categoría C: Eritromicina estolato Claritromicina	<ul style="list-style-type: none"> (Evitar estolato de eritromicina en embarazadas por aumento da GOT. (O resto dos macrólidos non están clasificados. 	
Tetraciclinas (categoría D)		<ul style="list-style-type: none"> (Todo o embarazo
Quinolonas (categoría C)		<ul style="list-style-type: none"> (Todo o embarazo

1.- Infeccións urinarias no embarazo.

Durante o embarazo, o aparato urinario vese afectado por diferentes factores que provocan un aumento das infeccións urinarias.

En tódalas mulleres embarazadas deberíase:

- a) Solicitar un urocultivo na 1ª visita do embarazo.
- b) Si é positivo ou hai síntomas de infección urinaria

baixa: tratamento. Na bacteriuria asintomática os β-lactámicos son de primeira elección.

- c) Realizar un urocultivo 1-2 semanas despois de terminado o tratamento e a continuación un cultivo mensual para indentificar posibles recorrencias.
- d) Se estes cultivos son positivos ou en caso de pielonefrites aguda para o seu ingreso hospitalario: remitir a un especialista.

2.- Infeccións do tracto xenitourinario no embarazo.

Táboa 8: Tratamento de algunhas infeccións do tracto xenitourinario no embarazo.

Tratamento	
Sífilis	Benzatina 2.400.000 UI doses única (si sífilis primaria, secundaria ou latente recente < 1 ano)
Gonorrea	Ceftriaxona i.m. 125 o 250 mg doses única ou Cefixima oral 400 mg doses única
Gonorrea + Chlamydia	Ceftriaxona i.m. 125 o 250 mg doses única ou Cefixima oral 400 mg doses única máis Azitromicina 1-2 g doses única (categoría B asignada polo laboratorio comercializador)
Haemophilus Ducreyi	Ceftriaxona 250 mg doses única
Trichomonas Vaginalis	Metronidazol 500 mg / 12 h durante 7 días (categoría B. Uso contraindicado durante o primeiro trimestre)
Vaginosis bacteriana	Metronidazol 250 mg / 8 h durante 5-7 días (uso contraindicado durante o primeiro trimestre)

Hemorroides e retraemento

1.- Hemorroides.

Tratamento

• Medidas hixiénico - dietéticas.

	Evitar	Procurar
Medidas hixiénico-dietéticas (1ª medida)	<ul style="list-style-type: none"> - Especies - Picantes - Alcohol - Excesos alimenticios - Sobrepeso - Utilizar papel hixiénico - Sedentarismo - Viaxes largos en coche 	<ul style="list-style-type: none"> (Realizar baños de asento fríos (Dieta rica en fibra (Beber abundante auga (máis de 1,5 litros) (Repouso en posición horizontal (Aplicar compresas frías ou xeo para aliviar a zona afectada si hai tumoracións dolorosas

• Tratamento non farmacolóxico

Instrumental	Cirúrxico
<ul style="list-style-type: none"> (Escleroterapia. (Coagulación infrarroxa. (Ligadura elástica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pode facerse en embarazo e postparto - Indicado en: <ul style="list-style-type: none"> (Hemorroides complicadas. (De 4º grado. (Fracasos de métodos instrumentais.

• **Tratamento farmacolóxico: Antihemorroidais**

- Grupo heteroxéneo.
- Precaución cós preparados que solen conter varios principios activos asociados.
- Non acostuma haber estudos e a clasificación outorgada é función da vía sistémica.

Táboa 9: Recomendacións sobre o uso de antihemorroidais.

Características	
De elección	<p>Protectores por vía tópica:</p> <ul style="list-style-type: none"> (Calamina (Óxido de zinc (Aceite mineral (Aceite de fígado de bacallao (Glicerina en solución acuosa (Excipientes como Manteca de cacao ou Caolín. Forman unha capa córnea que evita a perda de auga e a súa absorción é moi baixa.
Evitar sempre que se poida e se se administran durante o menor tempo posible	<ul style="list-style-type: none"> (Anestésicos locais: Solo en área perianal (Corticoides tópicos en caso de usarse: <ul style="list-style-type: none"> - Os de menor potencia. - Sobre pequenas superficies corporais. - Evitar no 1º trimestre, pola súa fácil absorción e os conseguintes niveis plasmáticos alcanzados.
Non son aconsellables	<ul style="list-style-type: none"> (Vasoconstrictores de uso externo: efedrina o clorhidrato de epinefrina en solución acuosa; se se absorben poden producir nerviosismo, hipertensión, perda de apetito, náuseas. (Ácido tánico: absorbese e pode causar hepatotoxicidade. (Compostos de boro, atropina: posible toxicidade principalmente en preparacións intrarectais. (Resorcinol: pode ocasionar mixedema polo seu efecto antitiroideo.

2.- Retraemento.

• **Medidas hixiénico-dietéticas:**

Debe comezarse sempre por elas e no caso de fracaso continuar có tratamento farmacolóxico.

Medidas hixiénico-dietéticas:

- Boa hixiene intestinal (responde-lo máis rapidamente posible ó desexo reflexo de defecar, para acostumar ó intestino a defecar á mesma hora).
- Exercicio físico.
- Dieta con alto contido en fibra preferiblemente a través dos alimentos (legumes, cereais integrais, froitas, verduras e hortalizas). Se non é posible, pode suplementarse con produtos como o **salvado** e sempre con aporte abundante de líquidos.

• **Tratamento farmacolóxico**

Táboa10: Laxantes.

Características	Medicamentos
Con categoría B da FDA	<ul style="list-style-type: none"> (Os formadores de masa como Metilcelulosa (Muciplasma®) semellan dar menos reaccións adversas. (Sales de magnesio como Hidróxido de magnesio (Magnesia Cinfa®, Magnesia San Pellegrino®). (Lactulosa.
Outros laxantes utilizados. Non se espera que alcancen o torrente sanguíneo e son considerados inocuos utilizados de forma illada pero carecen de ensaios clínicos	<ul style="list-style-type: none"> (Bisacodilo (Dulco Laxo®). (Picosulfato (Contumax®, Elimin laxante®, Evacuol®, Glutalax®, Lubrilax®, Skilax®). (Sen (Bekunis instant®, Diolaxil®, Laxante Bescansa®, Laxante Olán®, Laxante Salud®). (Plantago ovata (Laxisoft®, Plantaben®, Metamucil®).

Problemas dermatolóxicos no embarazo.

Podemos distinguir 2 categorías:

1.- Cambios fisiolóxicos: hiperpigmentación, melasma, estrías de distensión, edemas, anxioma araneo, eritema palmar. Todos eles desaparecen no postparto.

2.- Enfermidades específicas do embarazo.

- Sen risco materno-fetal

(Erupción polimórfica do embarazo: Derivación ó especialista. Desaparece en postparto.

- Con risco materno-fetal

(Prurito gravídico: derivar ó especialista. Xeralmente desaparece no postparto e acostuma recidivar en embarazos posteriores. Bo prognóstico pero aumenta a mortalidade posnatal por prematuridade.

(Herpes xestacional: Bó prognóstico materno aínda que non tan bo prognóstico fetal.

Tratamento

Aconséllase iniciar con tratamentos tópicos como baños emolientes, cremas hidratantes, talco, etc. Só en caso necesario seguir con medicación.

📌 Antihistamínicos:

- Uso en procesos alérxicos e prurixinosos; producen un alivio sintomático do prurito en lesións específicas do embarazo. Os tratamentos poden administrarse durante períodos prolongados.
- Posible asociación entre o uso de antihistamínicos nas 2 últimas semanas de embarazo e un incremento de risco de fibroplasia retrolental en nenos prematuros.

📌 Corticoides:

- Indicados en afeccións dermatolóxicas non relacionadas co embarazo (lupus eritematoso sistémico, psoriasis) e como tratamento de elección de herpes xestacional e prurito xestacional.

Táboa 11: Antihistamínicos e corticoides.

	Antihistamínicos	Corticoides
Tópicos	Tripelenamina (Azarón®) Clorfenamina Difenhidramina (Neosayomol®) Dimetino (Fenistil tónico®)	Hidrocortisona (Dermosa Hidrocortisona® 1%, Hidrocisdin® 0,5%, Hidrocortisona Pensa® 0,5%, Lactisona® 1%, Scalpicín capilar® 0,5%, Shericur® 0,25%)
Sistémicos	Azatidina (categoría B) (Lergocil®) Clemastina (categoría B) (Tavegil®) Dexclorfeniramina (categoría B) (Polaramine®) Difenhidramina (categoría B) (Benadryl®, Nytol®, Soñodor®) Loratadina (categoría B) (Civerán®, Clarytine®, Velodán®)	Prednisona (categoría B) (Dacortín®, Prednisona Alonga®) Prednisolona (categoría B) (Dacortín H®, Estilsona®, Normonsona®)

Patoloxía bucodental no embarazo.

Patoloxías máis frecuentes

Táboa 12: Clínica e tratamento das patoloxías bucodentais máis frecuentes.

	Patoloxía periodontal: Gingivites xestacional	Alteracións da mucosa oral: Granuloma do embarazo	Maior prevalenza de caries
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> (Enxiva de cor vermello intenso e aumento de tamaño particularmente nas papilas interdentaes. (Pode presentar gingivorragias e dor lixeiro, con halitoses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumoración de asento gingival preferente de consistencia branda, pedunculada e sangrante á palpación. • Tendencia á recidiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Non se puido identificar unha explicación distinta do aumento da inxesta de sucre ou de unha hixiene oral deficiente.
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> (Reponden positivamente ó tratamento periodontal básico. (Medidas de hixiene oral. (Colutorios de Clorhexidina (categoría B). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se traumatismos repetidos: exéreses. • En caso contrario: esperar ata despois do parto. 	Tratamento preventivo: <ul style="list-style-type: none"> - Medidas hixiénicas. - Colutorios fluorados.

Recomendacións xerais para tratamentos dentais:

- **1º trimestre:** Só tratamentos de emerxencia.
- **2º trimestre:** Momento ideal de tratamento. Poden practicarse exploracións radiolóxicas con protección.
- **3º trimestre:** Só tratamentos urxentes. Citas cortas coa doente semiincorporada e con cambios de posición frecuentes.
- **Tratamento farmacolóxico** (táboa 13).

Táboa 13: Anestésicos locais e vasoconstrictores bucodentais.

		Observacións
Anestésicos locais	Articaina (so se comercializa asociado a vasoconstrictores) Mepivacaina (categoría C)	(O ter unha maior unión a proteínas plasmáticas (>90%) atravesan en menor proporción a barreira placentaria. (A Prilocaina, a pesar da súa clasificación B da FDA non se aconsella por inducir metahemoglobinemia fetal.
Vasoconstrictores	Adrenalina Noradrenalina Non se aconsellan	(O estimular os receptores alfa placentarios, diminúen o aporte de osíxeno ó feto (máis importante no 3º trimestre e en presenza de insuficiencia placentaria). (En caso necesario utilizar concentracións o máis baixas posibles (1:200.000).

BIBLIOGRAFIA

1. Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología humana 3ª edición Editorial Mason 1998.
2. Montella KR, Pulmonary pharmacology in pregnancy. Clin Chest Med 1992; 13(4): 587-95.
3. Catálogo de especialidades farmacéuticas 2001. Consejo General de colegios oficiales de farmacéuticos.
4. Briggs GG, Freeman RK, Yafee SJ. Drugs in Pregnancy and lactation 5ª edición 1998 Ed Williams & Wilkins.
5. Bishai R, Mazzota P, Atanachovic G, Levichek Z, Pole M, Magee LA, Koren G. Critical appraisal of drug therapy for nausea and vomiting of pregnancy: II. Efficacy and safety of dicyclanil (doxylamine-B6). Can J Clin Pharmacol 2000; 7(3): 138-43.
6. Mazzota P, Maltepe C, Navioz Y, Magee LA, Koren G. Attitudes, management and consequences of nausea and vomiting of pregnancy in the United States and Canada. Int J Gynaecol Obstet 2000; 70(3):359-65.
7. Tonn GR, Doroudian A, Gordon JG, Rurak DW, Riggs KW, Abbott FS, Axelson JE. New approaches for drug kinetic analysis in the maternal-fetal unit. NIDA Res Monogr 1995; 154:175-202.
8. Neutel CI, Joahne HL. Measuring drug effectiveness by default: the case of Benedectin. Can J Public Health 1995; 86(1):66-70.
9. Capell MS, García A. Gastric and duodenal ulcers during pregnancy. Gastroenterol Clin North Am 1998; 27(1):169-95
10. Larson JD, Patatanian E, Miner PB Jr, Rayburn WF, Robinson MG. Double-blind, placebo-controlled study of ranitidine for gastroesophageal reflux symptoms during pregnancy. Obstet Gynecol 1997; 90(1):83-7
11. Magee LA, Inocencion G, Kamboj L, Rosetti F, Koren G. Safety of first trimester exposure to histamine H2 blockers. A prospective cohort study. Dig Dis Sci 1996; 41(6):11445-9.
12. Knudsen A, Lebech M, Hansen M. Upper gastrointestinal symptoms in the third trimester of the normal pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995; 60 (1):29-33.
13. Baron TH, Richter JE. Gastroesophageal reflux disease in pregnancy. Gastroenterol Clin North Am 1992; 21(4): 777-91.
14. Marrero JM, Goggin PM, de Caestecker JS, Pearce JM, Maxmell JD. Determinants of pregnancy heartburn. Br J Obstet Gynaecol 1992 Sep; 99(9):731-4.
15. Broussaed CN, Richter JE. Nausea and vomiting of pregnancy. Gastroenterol Clin North Am 1998; 27 (1):123-51.
16. Nelson-Piercy C. Treatment of nausea and vomiting in early pregnancy. When should it be treated and what can be safely taken?. Drug Saf 1998; 19(2):155-64.
17. McKeigue PM, Lamm SH, Linn S, Kutcher JS. Bendectin and birth defects: I. A meta-analysis of the epidemiologic studies. Teratology 1994 Jul; 50(1):27-37
18. Brent RL. Bendectin: review of the medical literature of a comprehensively studied human teratogen and the most prevalent teratogen. Reprod Toxicol 1995; 9(4):337-49.
19. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in

- early pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001.
20. Koenig CJ. What medications are safe and effective for herb- burn during pregnancy?. The Journal of family practice 2000;50(4):304.
 21. Medicamentos y embarazo. Boletín Andaluz 1995; N°7 (<http://www.easp.es/cadime/marco.htm>).
 22. Brocklehurst P, Hannah M, McDonald H. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001.
 23. Villar J, Lydon-Rochelle MT, Gülmezoglu AM, Roganti A. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001.
 24. Vázquez JC, Villar J. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001.
 25. Naber K.G. Treatment fo acute uncomplicated cystitis. Journal of Antimicrobial Chemotherapy (2000); 46, Suppl, S1: 23-27.
 26. Brocklehurst P. Interventions for treating gonorrhoea in pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001.
 27. Smail F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001.
 28. Christensen B. Which antibiotics are appropriate for treating bacteriuria in pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001.
 29. Brocklehurst P, Rooney G. Interventions for treating genital Chlamydia Trachomatis in pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001.
 30. Donders GGG. Treatment of sexually transmitted bacterial Diseases in pregnant women. Drugs 2000, Mar, 59(3), 477-485.
 31. Robinson AJ, Ridgway GL. Concurrent Gono coccal and Chlamydial infection How best to treat. Drugs 2000; 59 (4): 801-813.
 32. Miller JM, Martín DH. Treatment of Chlamydia Trachomatis Infections in pregnancy Women. Drugs 200;60(3): 597-605.
 33. Wijayanegara H, Mose JC, Achmad L, Sobarna R, Permadi W. A clinical trial of hydroxyethylrutosides in the treatment of haemorrhoids of pregnancy. J Int Med Res 1992; 20(1): 54-60.
 34. Buckshee K, Takkar D, Aggarwal N. Micronized flavonoid therapy in internal hemorrhoids of pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 1997; 57(2):145-51.
 35. Wadworth AN, Faulds D. Hydroxyethylrutosides. A review of its pharmacology, and therapeutic efficacy in venous insufficiency and related disorders. Drugs 1992; 44(6):1013-32.
 36. Benzi G, Vanzulli A, Pozzi E, Acerboni S. Clinical study for the evaluation of the tolerability of O-(beta-hydroxyethyl)-rutoside in the treatment of hemorrhoids during the 3d trimester of pregnancy and in the postpartum period. Minerva Ginecol 1992; 44(11): 591-7.
 37. Lázaro Ochaíta P, Longo Medio I. Tratamientos tópicos durante el embarazo. Fármacos y Embarazo. Asociación Española de Derecho Farmacéutico.
 38. Jewell DJ, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001.
 39. Marshall K, Thompson KA, Walsh DM, Baxter GD. Incidence or urinary incontinence and constipation during pregnancy an postpartum: survey of current findings at the Rotunda Lying-In Hospital. Br J Obstet Gynaecol 1998 105(4):400-2.
 40. López de Castro F.Lombardía J. Problemas de salud en el embarazo. Ed. Luzán 1997.
 41. The Drugs and Pregnancy Study Group. Strategy of treatment of pruritus during pregnancy. Ann Pharmacother 1994; 28(1):17-20.
 42. Young GL, Jewell D. Antihistamines versus aspirin for itching in late pregnancy (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001.
 43. Naganthan K, Doi SA, Jamiyah H. Herpes gestionis: one of the rare skin lessions in pregnancy. Med J Malaysia 1994;49(4):401-3.
 44. Pertl C, Heinemann A, Pert B, Lorenzoni M, Pieber D, Eskici A, Amann A. Aspects particulaieres du traitement dentaire chez la paciente enceinte. Rev. Mens. Suisse, Odontostomatol 2000; 110 (1): 42-46.
 45. Machu G, Rodríguez JL. Asistencia odontológica a pacientes de estado de gestación y lactancia. Atención odontológica a pacientes consumidores de anticonceptivos y menopausicas. En: P. Bullón, G. Machuca (Eds). La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos 557-77. Ed. Normon Madrid 1996.
 46. Linde J. Periodontología clínica, 2ª Edic. Ed. Médica Panamericana. Madrid 1992.
 47. Seymour RA, Heasman PA. Drugs, disease and the periodontium. Oxford Medical Publications. Oxford 1992.

- **EDITA:** Comisión de Farmacia e Terapéutica da Area de Lugo. Xerencia de Atención Primaria de Lugo
- **PRESIDENTE:** Jesús García González
- **SECRETARIA:** Sara González Piñeiro
- **VOCAIS:** Eugenia Lázare Vila, Ana García Cedrón, Carmen Rodríguez Domínguez, Javier Revuelta Méndez, José A. Martín Bernal, Fátima Sendón Rico, Francisco Terrón Pérez, M^a Dolores Calvo Beato, M^a José Cereijo Quinteiro, Luis Docasar Bertolo.

- **Teléfono de Contacto:** 982 29 60 79 - 982 20 39 99
- **Diseño e Impresión:** Imprenta Breogán
- **D.L.:** LU-279-2000
- **i.S.S.N.:** 1576-8996



CONSELLERÍA DE SANIDADE
E SERVICIOS SOCIAIS