

REVISIONES TERAPÉUTICAS

Abordaje del embarazo en Atención Primaria y uso de medicamentos en el embarazo**Mara Sempere Manuel¹, M^a Ángeles Sintés Marco², Patricia Roth Damas³.**

1. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de salud La Ribera.
2. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de salud Doctor Peset.
3. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Correspondencia: Mara Sempere Manuel msempere@hospital-ribera.com

Citar como: Sempere Manuel M, Sintés Marco MA, Roth Damas P. Abordaje del embarazo en Atención Primaria y uso de medicamentos en el embarazo. fml. 2016; 20(3):3p

Recibido el 15/06/2013
Aceptado el 17/03/2016
Publicado el 19/03/2016**Introducción**

El embarazo es parte natural de la vida de una mujer, un hito más en su vida. El médico de familia, médico que acompaña a los pacientes desde las fases más tempranas del desarrollo vital hasta el fin de sus días, no puede dejar de lado esta fase y no acometerla. Es pues competencia del médico de familia atender a las embarazadas tanto en las necesidades en el desarrollo normal del embarazo como en sus complicaciones, hasta donde llegue su formación.

Dentro de esas habilidades que el médico de familia debe conocer y desarrollar, destacaríamos la realización del consejo preconcepcional, la valoración individualizada de la necesidad de suplementos durante el embarazo, y el conocimiento sobre la seguridad de los medicamentos que puede tomar la embarazada en caso de enfermedad tras una adecuada valoración del beneficio-riesgo.

La consulta preconcepcional y la atención en el embarazo

El médico de familia puede (y debe) hacer la consulta preconcepcional pues probablemente sea la consulta más importante de la asistencia al embarazo.

En dicha consulta, el objetivo principal es promover la salud de la mujer y de su futura descendencia. Por ello, el médico de familia ha de: promocionar estilos de vida saludables, identificar riesgos de exposición a medicamentos y también de exposición laboral o ambiental, informar sobre el control de las enfermedades crónicas y su tratamiento, realizar un control de las enfermedades de transmisión sexual y vertical (mediante la solicitud de serología de lúes (evidencia B), toxoplasma (evidencia B), rubéola y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (4).

Entre los errores más frecuentes que se detectan en la atención en el embarazo por parte del médico de familia están (5): no tratar adecuadamente situaciones de riesgo para la madre y el feto (como, por ejemplo, no tratar los vómitos que conducen a

la deshidratación, o no tratar adecuadamente el asma cuando los riesgos asociados a los fármacos antiasmáticos son menores que los derivados del mal control de la enfermedad (3)), considerar inocua la fitoterapia (aunque el té, café y mate pueden tomarse hasta un máximo de 100mg/día de cafeína, otras hierbas como la quinéa o el hipérico no se recomiendan (7)) y el uso de medicamentos de venta libre como, por ejemplo, los antigripales (presentaciones que contienen fenilefrina se han relacionado con gastrosquisis; además muchos contienen mucolíticos que tienen categoría C, y cuya seguridad no se ha demostrado).

Otro error que frecuentemente ocurre en las embarazadas es el uso abusivo de vitaminas. El uso indiscriminado de complejos vitamínicos es actualmente cada día más cuestionado (8,9,10).

Uso de vitaminas y minerales en embarazadas

Actualmente, muchas mujeres embarazadas, sin patología de base, son suplementadas con ácido fólico, hierro, yodo y vitaminas A y D de manera rutinaria en forma de complejos vitamínicos.

A continuación, presentamos las vitaminas y minerales más empleados y la evidencia y recomendaciones sobre su uso en embarazadas.

-Ácido fólico:

Según una revisión de la Cochrane de 2013 (11) la suplementación con ácido fólico durante 3 meses antes del embarazo (4 mgr. en mujeres que han tenido recién nacidos con defecto tubo neural, son obesas, tienen diabetes o epilepsia, y 0,4 mgr. en el resto de mujeres) y hasta la semana 12, parece prevenir en los estudios realizados los defectos del tubo neural. No ocurre lo mismo en la prevención del feto pequeño, partos prematuros o anemia postnatal. El balance beneficio riesgo es favorable a la suplementación pues los estudios no reconocen efectos secundarios graves en su administración y el balance beneficio-riesgo se inclina a favor del primero. La mujer que busca embarazo debe

continuar el tratamiento hasta que éste se produzca y hasta la semana 12.

-Hierro:

La suplementación con hierro no debería ser rutinaria (12,13). Durante el embarazo se produce una anemia dilucional fisiológica necesaria para el aporte adecuado de fluidos al feto. Los niveles deficitarios de hierro durante el embarazo se asocian a riesgo aumentado de embarazo pretérmino y es un importante problema de salud principalmente cuanto más pobre es la mujer y el país donde vive. Pero los niveles altos de hemoglobina, hematocrito y ferritina se asocian a aumento de la frecuencia de bajo peso en el recién nacido, de embarazo prematuro, de riesgo de preeclampsia y de diabetes gestacional. En las analíticas de control a la embarazada, si la mujer no tiene menos de 11 g/dL de hemoglobina en 1º y 3er trimestre o menos de 10,5 en el 2º trimestre (14), el aporte indiscriminado de hierro puede ser perjudicial. Hay que determinar que la anemia sea debida a una ferropenia para prescribir el suplemento de hierro. En este caso el balance beneficio-riesgo de la suplementación con hierro en el embarazo podría ser perjudicial si no está correctamente indicado.

-Yodo:

La suplementación con yodo no debe ser rutinaria (15) (tampoco en nuestra zona). Los estudios indican que España ha mejorado la ingesta de yodo gracias a la mejora de la alimentación y que la suplementación con yodo no demuestra beneficio en la disminución de las enfermedades asociadas al déficit: retraso mental, cretinismo. Hay que preguntar sobre la ingesta de lácteos y sal yodada a la embarazada antes de implementar. Con una ingesta de 3 raciones de leche o derivados y 2g de sal yodada se obtiene el yodo necesario (16). Se debería aconsejar estas ingestas pues son medidas universales que han demostrado una mejora de la ingesta natural de yodo en nuestro país. Esta ingesta natural en la dieta evita los efectos secundarios debido al exceso de yodo iatrogénico.

-Vitamina A y D:

En cuanto a los suplementos de vitamina A y D presentes en los complejos polivitamínicos (3), se deben evitar suplementos de vitamina A superiores a 700mcg/día porque pueden ser teratógenos y evitar consumir hígado y productos derivados de éste. No existe evidencia del beneficio de la suplementación con vitamina D a toda la población embarazada pero sí asegurar que tengan una ingesta de, al menos, 600UI/día (que se puede obtener por ejemplo con dos tazas de leche, una lata de sardinas y un poco de queso, o simplemente con unos 100 gramos de salmón).

Terapéutica en el embarazo

Actualmente las gestantes toman de media 2,9 fármacos (1) por lo que es necesario conocer qué medicamentos se pueden utilizar en el embarazo. La categoría de riesgo de los medicamentos durante el embarazo varía entre los dos sistemas de clasificación más empleados: FDA (Food and Drug Administration) y ACPM (advisory Committee on Prescription Medicines) y estas discrepancias (el 28,8% de fármacos no está en la misma categoría en ambas clasificaciones) entre ambos sistemas de categorización pueden generar confusión a la hora de la prescripción (2).

Existen enlaces con información sobre teratogenicidad de medicamentos concretos que pueden resultar útiles en la consulta diaria como son:

- Micromedex (aplicación disponible para iPhone y Android)
- Drugs in pregnancy and breastfeeding: <http://www.perinatology.com/exposures/druglist.htm#TOP>
- Prescribing medicines in pregnancy: <http://www.tga.gov.au/hp/medicines-pregnancy.htm>
- Medications during pregnancy and breastfeeding: <http://www.mothersbaby.org/otis-fact-sheets-s13037#1>
- Safe fetus: <http://safefetus.com/index.php>
- Propositus: <http://www.fundacion1000.es/boletines-ecemc>

El médico de familia debe hacer las siguientes recomendaciones generales (3):

- Reevaluar los fármacos consumidos con anterioridad y la pertinencia de su continuidad (valorar el beneficio-riesgo)
- Prescribir únicamente los fármacos estrictamente necesarios
- Evitar la prescripción de fármacos durante el primer trimestre, el periodo en el que la teratogenia puede resultar más grave
- Utilizar fármacos con experiencia constatada o bien la alternativa de menor riesgo (conocer y manejar las clasificaciones existentes, así como sus limitaciones)
- Utilizar la menor dosis eficaz y durante el menor tiempo posible
- Evitar la polimedición
- Informar sobre los peligros de la automedicación
- Vigilar la posible aparición de complicaciones cuando se pauten un fármaco necesario

Conclusión

El médico de familia no deber eludir la atención a la mujer embarazada o con deseo gestacional pues entra dentro de sus competencias.

La visita preconcepcional es probablemente la consulta más importante de la asistencia al embarazo y el médico de familia debe realizarla.

La suplementación debe ser individualizada en cada embarazada tras una buena anamnesis, exploración y durante los controles habituales del embarazo. Las vitaminas son medicamentos cuyo balance beneficio-riesgo debe ser evaluado.

El médico de familia debe conocer qué medicamentos se pueden utilizar en el embarazo y cuáles no. Existen recursos electrónicos que pueden ayudar al médico en esta tarea.

Bibliografía

1. Orueta Sánchez, R. et al. Manejo de fármacos durante el embarazo. IT del Sistema Nacional de Salud. Volumen 35, N° 4/2011
2. Gallego Úbeda et al. Actualización del uso de fármacos durante el embarazo: categorías de riesgo. Farm Hosp. 2014;38(4):364-378
3. Anónimo. Medicamentos y embarazo. INFAC 2013; 21 (7). Disponible en: http://www.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_7_Medicamentos_y_embarazo_Actualizaci%C3%B3n.pdf (Accedido 26/08/2014)
4. Fabre González E. Consulta preconcepcional. Prog Obstet Ginecol 1988; 41:5-28
5. O. Larrubia Muñoz y F.J. Pérez Domínguez. Fármacos y embarazo. Terapéutica. Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1762/66/00660071_LR.pdf (Accedido 26/08/2014)
6. García-Benítez MR, Bermejo-Sánchez E, Martínez-Frias ML. Prevención de defectos congénitos. Uso de infusiones y suplementos naturales durante el embarazo procedentes de diversas plantas. Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas N° 37 agosto 2012. Disponible en: [http://www.fundacion1000.es/IMG/pdf/37-12-Propositus_Infusiones-\(Accedido 26/08/2014\)](http://www.fundacion1000.es/IMG/pdf/37-12-Propositus_Infusiones-(Accedido 26/08/2014))
7. Guallar E, Stranges S, Mulrow C, Appel LJ, Miller ER. Enough Is Enough: Stop Wasting Money on Vitamin and Mineral Supplements. Ann Intern Med. 2013; 159:850-851. doi:10.7326/0003-4819-159-12-201312170-00011
8. Casado S. ¿Necesitan suplementos vitamínicos las mujeres embarazadas?. 29/05/2014. Doctor Casado [Internet Blog]. Disponible en: <http://www.doctorcasado.es/2014/05/necesitan-suplementos-vitaminicos-las.html>(Accedido 26/08/2014)
9. López C. Los expertos alertan de los riesgos del exceso de suplementos vitamínicos. L Vanguardia. Martes, 26 de agosto 2014 Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/salud/20140826/54144016888/los-expertos-alertan-de-los-riesgos-del-exceso-de-suplementos-vitaminicos.html>(Accedido 26/08/2014)
10. Lassi ZS et al. Folic acid supplementation during pregnancy for maternal health and pregnancy outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Mar 28;3:CD006896. doi:10.1002/14651858.CD006896.pub2. Review.
11. Pena-Rosas JP, Viteri FE. Efectos de la suplementación de rutina con hierro oral con o sin ácido fólico durante el embarazo. Inf Ter Sist Nac Salud 2010; 34: 117-128.
12. Scholl T. Iron status during pregnancy: setting the stage for mother and pregnancy. AM J Clin Nutr 2005; 81: 1218S-1222S.
13. Preevid. ¿Que evidencia existe de las ventajas de la ingesta de hierro oral en el segundo o tercer trimestre del embarazo, aunque sus valores analíticos (Hb, Hto, hierro y ferritina) estén dentro del rango de normalidad esperada? Biblioteca virtual Murcia Salud. Disponible en: http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=2366&idsec=453 (Accedido 26/08/2014)
14. Gavilán E. Suplementos de iodo en embarazadas sanas. Enrique Gavilán Moral (blog). AMF 2011;7(11):647-650.
15. Pallás Alonso, CR. Suplementos de yodo en la gestación y la lactancia. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado mayo 2014.

http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=2366&idsec=453 (Accedido 26/08/2014)

15. Gavilán E. Suplementos de iodo en embarazadas sanas. Enrique Gavilán Moral (blog). AMF 2011;7(11):647-650.

16. Pallás Alonso, CR. Suplementos de yodo en la gestación y la lactancia. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado mayo 2014.