

## TRASTORNOS HABITUALES EN EL EMBARAZO

AFECCIÓN	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO	OBSERVACIONES
<b>ESTREÑIMIENTO</b>	Aumentar la ingesta de líquidos, fruta, fibra y hacer ejercicio  Laxantes formadores del bolo: <b>metilcelulosa y plantago ovata</b>	Laxantes osmóticos: <b>lactulosa</b>  Laxantes estimulantes: <b>bisacodilo o glicerina</b>	El uso de laxantes sólo está recomendado por periodos cortos  El <b>sen</b> puede causar contracciones uterinas y debe usarse con precaución al final del embarazo o si existiera riesgo de parto prematuro
<b>HEMORROIDES</b>	Evitar el estreñimiento y baños de asiento	<b>Antihemorroidales tópicos</b>	Los <b>anestésicos locales</b> y <b>corticóides tópicos</b> , sólo deben usarse si son necesarios y durante periodos cortos.
<b>DISPEPSIA Y PIROSIS</b>	Comidas ligeras y frecuentes No comer antes de acostarse  <u>Antiácidos orales no absorbibles:</u> <b>hidróxido de aluminio o magnesio, magaldrato, y almagato</b>	<b>Sucralfato</b>  <b>Cimetidina</b>  <b>Ranitidina</b>  <b>Omeprazol</b>	No se recomienda el <b>bicarbonato sódico</b> por riesgo de alcalosis metabólica y retención de líquidos.  <u>Contraindicado:</u> el <b>misoprostol</b> por aumentar el tono uterino y el riesgo de aborto.
<b>DOLOR AGUDO</b>	<b>Paracetamol</b>	AINEs: <b>ibuprofeno</b> (el más estudiado) o <b>diclofenaco</b> .  <b>Codeína + paracetamol</b> (al final del embarazo y tras periodos prolongados puede provocar síndrome de abstinencia en el recién nacido)	Evitar el uso de <b>metamizol</b>  En migrañas que no responden a otras alternativas más seguras, se acepta el uso de <b>sumatriptan</b>
<b>NÁUSEAS Y VÓMITOS</b>	Comidas frecuentes y poco copiosas, reposo postprandial  <b>Vitamina B6 con doxilamina</b> (Cariban)	Antihistamínicos H1 ( <b>meclozina, dimenhidrato</b> )  Fenotiazinas ( <b>clorpromazina, prometazina</b> )	Tratar precozmente para evitar la progresión a hiperemesis gravídica.  No utilizar los <b>antihistamínicos H1</b> durante las dos últimas semanas de gestación
<b>ANSIEDAD E INSOMNIO</b>	<u>Insomnio:</u> medidas no farmacológicas como hacer ejercicio, abandonar las actividades estimulantes una hora antes de ir a la cama, etc  <u>Ansiedad:</u> psicoterapia	<b>Benzodiacepinas</b> , sólo cuando sea estrictamente necesario  Para la ansiedad pueden ser preferibles los <b>ISRS</b>	El uso de <b>benzodiacepinas</b> durante el primer trimestre ha sido asociado a labio leporino y otros defectos del paladar.  En el tercer trimestre pueden provocar depresión respiratoria, hipotonía, somnolencia y síndrome de abstinencia en el recién nacido.
<b>PRURITO</b>	<b>Cremas o lociones hidratantes, acetato de aluminio, crema de óxido de zinc, loción de calamina</b>	<b>Corticóides tópicos</b>	Si presenta lesiones cutáneas siempre hay que derivar al médico para su valoración ya que puede sugerir la presencia de enfermedades graves
<b>LA TOS, EL RESFRIADO, LA FIEBRE</b>	<b>Paracetamol</b>	<b>Dextrometorfano</b> , para la tos (evitar soluciones con alcohol)	
<b>LA INFECCIÓN DE ORINA</b>	<b>Amoxicilina-clavulánico</b> durante 7 días  <b>Cefalosporina de 1ª generación</b> durante 7 días	<b>Nitrofurantoína</b>  <b>Fosfomicina</b>	La bacteriuria asintomática debe tratarse para reducir el riesgo de pielonefritis, parto pretérmino y bajo peso del niño al nacer.
<b>VAGINOSIS BACTERIANA</b>	<b>Metronidazol o clindamicina</b> durante 7 días		En infecciones asintomáticas sólo se recomienda el tratamiento en caso de riesgo de parto pretérmino  No se recomienda el uso de agentes tópicos durante el embarazo
<b>CANDIDIASIS VAGINAL</b>	<b>Imidazol tópico</b> durante 7 días ( <b>clotrimazol</b> tiene mayor experiencia de uso)	<b>Miconazol</b>	No se ha establecido la seguridad y eficacia del tratamiento oral

## TRASTORNOS HABITUALES EN EL EMBARAZO

ANEMIA Y ESTADOS CARENCIALES	OBSERVACIONES	TRATAMIENTO
<b>HIERRO</b>	La deficiencia de hierro ( <b>hemoglobina &lt;11g/dl</b> ) es la causa más frecuente de anemia en el embarazo. En principio, es razonable <b>tratar la anemia ferropénica severa con síntomas clínicos.</b>	<b>Sulfato ferroso</b> en ayunas
<b>ÁCIDO FÓLICO</b>	Para prevenir defectos del tubo neural es muy importante tomar este suplemento desde que se planifica la gestación ( <b>al menos 4 semanas antes de la concepción</b> ) y se debe mantener durante los tres primeros meses.	Dosis recomendada: <b>400mcg/día</b>  En mujeres con <b>antecedentes de defecto del tubo neural o epilépticas</b> , la dosis recomendada es <b>5mg/día</b>
<b>YODO</b>	La deficiencia de este afecta a la función tiroidea de la madre y el bebé, así como al desarrollo cerebral del niño	Las necesidades mínimas en embarazo y lactancia son de <b>250-300 mcg/día</b> . Para prevenir el déficit la mejor estrategia es el <b>consumo habitual de pescado marino y sal yodada.</b>
<b>OTRAS VITAMINAS Y MINERALES</b>	Suplementos de vitaminas A, D o de magnesio y zinc no han demostrado beneficios en el embarazo. <b>Dosis &gt; de 700mcg/día de vitamina A pueden ser teratógenas.</b>	