

Defectos de nacimiento frente a anomalías cromosómicas: ¿cuál es la diferencia?

Sara se puso en contacto con nosotros a través del servicio de chat de MotherToBaby después de ser remitida por su obstetra/ginecólogo, quien le dijo que el Paxil (marca del medicamento paroxetina) que estaba tomando podría causar un defecto cardíaco. Tenía 14 semanas de embarazo y quería saber más, pero estaba confundida porque todos los resultados de sus pruebas genéticas habían resultado normales. Ella preguntó: “¿Cómo podría mi bebé tener un defecto cardíaco si mi prueba prenatal no invasiva (NIPT) fue negativa?”

Durante el embarazo, se realizan muchas pruebas para comprobar la salud y el desarrollo de su bebé. Puede ser difícil estar al tanto de lo que todas buscan y por qué son importantes. Para comprender estas pruebas, puede ser útil conocer las diferencias entre un defecto de nacimiento y una anomalía cromosómica y lo que cada uno significa para la salud de su bebé.

Todos los embarazos tienen un riesgo previo de defectos de nacimiento del 3 al 5%, pero ciertas exposiciones pueden aumentar el riesgo de defectos de nacimiento por encima de este estimado básico. La mayoría de los defectos de nacimiento ocurren durante el primer trimestre mientras el **bebé crece y se desarrolla**. Es posible que una determinada parte del cuerpo (como el corazón, el cerebro o las extremidades) no se desarrolle correctamente y que el cuerpo del bebé se vea o funcione de manera diferente a lo que debería. Es posible que haya oído hablar de un bebé que nace con un agujero en el corazón o con algo llamado labio hendido. Estos son dos ejemplos de defectos de nacimiento que pueden ocurrir durante el embarazo. Los defectos de nacimiento pueden variar de leves a graves, y la salud del bebé dependerá de dónde se produzca el defecto de nacimiento y de la gravedad del problema.

Ciertas pruebas realizadas durante el embarazo pueden observar a su bebé para ver si hay defectos de nacimiento. Por ejemplo, la mayoría de las personas embarazadas se someterán a una exploración de anatomía entre las semanas 18 y 22, donde el proveedor de atención médica observará al bebé mediante un ultrasonido. La mayoría de las personas saben que este es el momento en el que pueden conocer el sexo del bebé, pero el ultrasonido también examinará detalladamente los órganos y partes del cuerpo del bebé, incluidos el corazón, el cerebro, la cara y el estómago, para detectar defectos de nacimiento. Si bien se trata de una prueba de detección importante, no es perfecta y es posible que defectos menores pasen desapercibidos hasta el nacimiento.

Las anomalías cromosómicas son cambios en el ADN del bebé que ocurren en el momento de la concepción. La mejor manera de entender el ADN es pensar en él como un libro de recetas que contiene todas las recetas para el crecimiento y desarrollo de diferentes partes del cuerpo. Si una receta en particular requiere una barra de mantequilla, pero el libro impreso dice accidentalmente dos barras de mantequilla, la receta resultará diferente. De la misma manera, a veces las personas tienen cantidades adicionales o faltantes de ADN que pueden provocar cambios en el desarrollo. Por ejemplo, las personas que tienen una anomalía cromosómica conocida como síndrome de Down tienen tres copias de su cromosoma 21 en lugar de sólo dos. Esta cantidad extra de ADN es lo que causa las diferencias de desarrollo en las personas con síndrome de Down.

Durante su embarazo, su proveedor de atención médica puede sugerirle que se reúna con un asesor genético para que le realice la prueba prenatal no invasiva, o NIPT. Esta prueba se puede realizar tan pronto como a las 10 semanas. Durante el embarazo, algo del ADN del bebé ingresa al torrente sanguíneo de la persona embarazada. A través de tomar una pequeña muestra de sangre de la madre, un laboratorio puede observar el ADN del bebé y determinar si tiene ciertas anomalías cromosómicas, como el síndrome de Down. Cuando se reúna con un asesor genético, repasará todos los pros y las contras de esta prueba, así como sus antecedentes familiares, y se reunirá nuevamente con usted para revisar los resultados.

De vuelta en el servicio de chat en vivo, Sara preguntó: “Entonces, debido a que mis resultados NIPT fueron normales, es poco probable que el bebé tenga una anomalía cromosómica. Sin embargo, aún podría haber ocurrido un defecto de nacimiento en el primer trimestre, y necesito esperar hasta mi escaneo de anatomía para obtener esos resultados, ¿verdad? Eso es exactamente correcto, respondí. Luego continué explicándole que, aunque en algunos estudios se ha demostrado que el Paxil (paroxetina) aumenta el riesgo de defectos cardíacos, otros estudios no sugieren ningún riesgo, por lo que la probabilidad general de que el bebé se vea afectado es baja.

Cuando terminamos nuestro chat, Sara compartió que se sentía mucho más informada sobre la diferencia entre un defecto de nacimiento y una anomalía cromosómica. Pudo dar un suspiro de alivio porque sus resultados NIPT fueron normales, lo que indica un riesgo bajo de condiciones como el síndrome de Down. También se sintió mucho más segura al someterse a su exploración de anatomía en unas pocas semanas sabiendo que esta prueba, aunque no es perfecta, sería la mejor manera de identificar defectos de nacimiento antes de que nazca su bebé.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los defectos de nacimiento o exposiciones durante el embarazo, hable con un especialista de MotherToBaby por teléfono, mensaje de texto, chat en vivo o correo electrónico. Si tiene alguna pregunta sobre las pruebas genéticas durante el embarazo o para encontrar un asesor genético en su área, visite el sitio web de la Sociedad Nacional de Asesores Genéticos para buscar un asesor genético (este sitio está disponible solo en inglés): <https://findageneticcounselor.nsgc.org/>

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en MotherToBaby.org .

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 31 de octubre de 2023.

Defectos de nacimiento frente a anomalías cromosómicas: ¿cuál es la diferencia?

Por: Kirstie Perrotta, MPH y Becky Spencer, PhD, APRN, PMHNP-BC, IBCLC, PMH-C, FILCA

Shannon estaba recién embarazada y había sido referida a MotherToBaby por su médico. Ella estaba tomando 50 mg de sertralina por día para la ansiedad general y su médico pensó que podría necesitar dejar de tomar el medicamento ahora que tenía 5 semanas de embarazo. Shannon había estado tomando el medicamento durante 3 años y se sentía muy bien con su dosis actual, por lo que tenía algunas preocupaciones sobre este plan de cambio. A través del servicio de chat en vivo en el sitio web de MotherToBaby, Shannon se conectó conmigo, una especialista en información de teratología, donde preguntó: «¿Realmente necesito suspender mi medicamento para la ansiedad, o podría continuar con una dosis más baja?»

Comencé abordando la importancia de sopesar los riesgos frente a los beneficios de tomar cualquier medicamento para la salud mental durante el embarazo. La sertralina está muy bien estudiada y no se ha asociado con un riesgo de defectos de nacimiento, pero tiene el potencial de causar síndrome de adaptación neonatal o abstinencia aproximadamente el 10-30% de las veces e hipertensión pulmonar persistente en menos del 1% de los bebés expuestos. Por otro lado, sabemos que la ansiedad no tratada también puede causar problemas para el embarazo, incluido un mayor riesgo de parto prematuro. Para muchas pacientes, los beneficios de seguir tomando un medicamento como la sertralina superan los riesgos potenciales, pero cada caso es único y, en última instancia, la paciente debe decidir con qué se siente más cómoda.

Llegando a la otra pregunta de Shannon sobre la dosis, compartí que, aunque muchas mujeres embarazadas sienten que necesitan bajar su dosis una vez que dan positivo en una prueba de embarazo, de hecho, lo contrario es cierto. Durante el embarazo, hay muchos cambios que ocurren, incluyendo aumento de peso, aumento del volumen de sangre y agrandamiento de los riñones. En el exterior, las cosas no se verán muy diferentes, pero la investigación muestra que estos cambios ocurren poco después de la concepción. Esto significa que las dosis de medicamentos que anteriormente funcionaban bien para controlar una afección se «diluyen» en cierto sentido y pueden no ser tan efectivas como antes. En algunos casos, las mujeres necesitan aumentar su dosis para continuar controlando la enfermedad.

Para obtener más información sobre cómo los cambios corporales durante el embarazo afectan la dosificación de medicamentos, recurrimos a Becky Spencer, PhD, APRN, PMHNP-BC, IBCLC, PMH-C, una enfermera psiquiátrica especializada en salud mental perinatal en la Universidad de Mujeres de Texas con algunas preguntas más sobre este fascinante fenómeno.

¿Puede contarnos un poco más sobre lo que está sucediendo en el cuerpo durante el embarazo y por qué los medicamentos se vuelven menos efectivos?

Becky Spencer: Tienes razón, Kirstie, que el embarazo tiene un impacto significativo en la absorción de medicamentos, que es cómo se transporta un medicamento al torrente sanguíneo; la distribución de medicamentos, que es el desembolso de un medicamento a medida que se mueve a través de la sangre y los tejidos del cuerpo; y el metabolismo de medicamentos, que es el proceso por el cual el cuerpo descompone y elimina medicamentos u otras sustancias. Durante el embarazo, especialmente más adelante en el embarazo, la absorción del fármaco del estómago al torrente sanguíneo disminuye debido a un vaciamiento gástrico más lento y un movimiento más lento del intestino y el colon, por lo que puede tomar más tiempo para que un medicamento se absorba y comience a funcionar.

El volumen de sangre de la mujer casi se duplica durante el embarazo, lo que afecta la distribución de medicamentos. Con el efecto de dilución hay una menor concentración de medicamento en el plasma sanguíneo, lo que resulta en menos medicamentos que llegan a los tejidos de meta. La mayoría de los medicamentos se metabolizan en el hígado o los riñones. Durante el embarazo, el aumento del flujo sanguíneo a los riñones da como resultado un aumento de la tasa de filtración glomerular (TFG), lo que significa que los medicamentos se eliminan del torrente sanguíneo más rápido, lo que significa que el medicamento permanece en el cuerpo menos tiempo. Del mismo modo, los niveles hormonales aumentan durante el embarazo, lo que aumenta la actividad de varias enzimas metabólicas en el hígado que metabolizan los medicamentos. Cuando el hígado metaboliza un medicamento más rápidamente, hay menos medicamento que llega a los tejidos de meta.

Lo que estos cambios significan para las mujeres embarazadas que toman medicamentos para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad es que la dosis de medicamento que estaban tomando antes del embarazo puede tener un efecto más baja durante el embarazo, porque los cambios biológicos disminuyen efectivamente la cantidad de medicamento que llega a los tejidos de meta, en este caso, el cerebro. Las mujeres embarazadas pueden tener un aumento en los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad que interpretan como un empeoramiento de la condición cuando, de hecho, la disminución de la medicación circulante es la causa de un aumento de los síntomas.

En su práctica, ¿con qué frecuencia ve que las mujeres aumentan su dosis de medicamentos para el estado de ánimo? ¿Es necesario aumentar sustancialmente la dosis?

Becky Spencer: Muy buena pregunta. La respuesta es que depende del tipo de medicamento, la condición específica (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, bipolar, etc.) y la gravedad de los síntomas. Los proveedores psiquiátricos generalmente aumentan las dosis de medicamentos en cantidades graduales hasta que el paciente tiene alivio de los síntomas o efecto terapéutico deseado. Si un paciente está experimentando una respuesta parcial a un medicamento (alguna mejora en el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad), la mejor práctica es aumentar la dosis de ese medicamento antes de pensar en agregar un medicamento adicional.

Otra pregunta que escucho es si las dosis de medicamentos deben basarse o no en lograr un nivel específico de concentración de plasma sanguíneo. La respuesta corta es, para la mayoría de los medicamentos, no. No verificamos rutinariamente las concentraciones plasmáticas de la mayoría de los antidepresivos porque no existen rangos de concentración plasmática terapéutica válidos y confiables. Algunos medicamentos estabilizadores del estado de ánimo como el valproato o el litio requieren monitoreo del plasma sanguíneo tanto durante el embarazo como fuera del embarazo. Eutimia, o estado de ánimo estable, es el objetivo de los ajustes de dosis de medicamentos para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad durante el embarazo.

¿Qué pasa después del parto? ¿Es necesario volver a bajar la dosis de inmediato?

Becky Spencer: Depende del tipo de medicamento y, en cierta medida, de los síntomas que experimente el paciente. El período posparto es un momento vulnerable para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad por varias razones, incluido el cambio hormonal significativo que ocurre después del nacimiento, la falta de sueño, el ajuste de roles para cuidar a un bebé y, para algunos nuevos padres, la falta de apoyo social y emocional necesario. La disminución de los antidepresivos demasiado rápido después del nacimiento podría exacerbar el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad durante ese momento muy vulnerable. La decisión de disminuir las dosis de cualquier medicamento recetado para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad debe ser una decisión de colaboración entre el paciente y el proveedor. Si es deseable disminuir la dosis de mediación, debe ocurrir gradualmente y cualquier cambio en el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad debe informarse al proveedor. La única excepción a esta regla es para los pacientes que toman litio. Si las dosis de litio se incrementaron durante el embarazo, deben reducirse a dosis previas al embarazo después del parto.

Shannon está preguntando sobre la sertralina, un medicamento para tratar la ansiedad, pero ¿hay otros medicamentos que pueden requerir aumento de dosis durante el embarazo?

Becky Spencer: Cualquier medicamento utilizado para tratar los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, incluidos los antidepresivos, los estabilizadores del estado de ánimo, los antipsicóticos y los medicamentos contra la ansiedad, puede necesitar aumentos de dosis durante el embarazo. El punto más importante es que las mujeres embarazadas controlen su estado de ánimo y síntomas de ansiedad e los informe a su proveedor. La decisión de aumentar las dosis de medicamentos siempre debe ser una decisión colaborativa entre la paciente y el prescriptor de atención médica.

¿Cómo deben las pacientes abordar esta conversación con su proveedor de atención de salud?

Becky Spencer: La decisión de tomar cualquier medicamento durante el embarazo debe basarse en una discusión entre los proveedores de atención de salud y las pacientes que tenga en cuenta la investigación disponible sobre los riesgos de medicamentos específicos y los riesgos de afecciones mentales no tratadas o subtratadas tanto para la mujeres embarazada como para el bebé. Los riesgos de no tratar los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad durante el embarazo están bien documentados y son significativos. Los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad no tratados o subtratados durante el embarazo se asocian con hipertensión, parto prematuro, bajo peso al nacer e impactos negativos a largo plazo en el desarrollo motor y cognitivo del bebé. Las condiciones de salud mental son la principal causa de mortalidad materna en los Estados Unidos. El tratamiento eficaz para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad en el período perinatal literalmente salvará vidas.

Mis tres consejos principales para tener una discusión con los proveedores de atención de salud sobre los medicamentos para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad en el período perinatal incluyen:

- Haga una cita con un proveedor psiquiátrico que se especialice en trastornos del estado de ánimo y ansiedad perinatales o psiquiatría reproductiva. Visite la pagina <https://www.postpartum.net/en-espanol/> un excelente lugar para encontrar especialistas en su estado, y muchos brindan servicios de telesalud.
- Si su proveedor de obstetricia duda en tratar sus síntomas de estado de ánimo y ansiedad, recomiende que haga una cita para hablar con un proveedor psiquiátrico que se especialice en el tratamiento del estado de ánimo perinatal y los trastornos de ansiedad durante el embarazo en la **Línea de Consulta Psiquiátrica de Postpartum Support International** Este servicio gratuito cuenta con psiquiatras perinatales que están disponibles para compartir sus habilidades y experiencia y brindar orientación a otros profesionales médicos sobre la prescripción de medicamentos durante el embarazo y la lactancia. .
- Las hojas informativas de MotherToBaby son un excelente recurso y una excelente manera de iniciar una conversación con su proveedor sobre medicamentos específicos para la salud mental durante el embarazo y la lactancia. Recomiendo que las mujeres embarazadas y lactantes que están tomando medicamentos para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad accedan e imprimen las hojas informativas de MotherToBaby para los medicamentos que están tomando o que les interesen, léanlas, anoten preguntas y las lleven a sus proveedores obstétricos y / o psiquiátricos para comenzar la conversación. Recuerde que usted es su mejor defensor de su salud y la de su bebé.

Muchas gracias por compartir tu conocimiento, Becky. Siempre es bueno aprender más sobre este tema.

Finalmente, Shannon decidió seguir con su dosis actual durante las primeras semanas de embarazo y hacer una cita con su psiquiatra para discutir el aumento de su dosis en unas pocas semanas. Mientras tanto, planeaba controlar su estado de ánimo para asegurarse de que la ansiedad permaneciera bien controlada.

Si tiene preguntas sobre medicamentos para la salud mental, dosis o cualquier otra exposición durante el embarazo o la lactancia, no dude en comunicarse con un especialista de MotherToBaby por teléfono, chat, mensaje de texto o correo electrónico para obtener más información. Además, puede visitar nuestro **centro de recursos de salud mental** para acceder a hojas informativas, blogs y podcasts sobre afecciones de salud mental y los medicamentos utilizados para tratarlas durante el embarazo y la lactancia.

Referencias:

- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, **225**, 18-31. doi:10.1016/j.jad.2017.07.045
- Davenport, M. H., Meyer, S., Meah, V. L., Strynadka, M. C., & Khurana, R. (2020). Moms Are Not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. *Frontiers in Global Women's Health*, **1**. doi:10.3389/fgwh.2020.00001
- Deligiannidis, K. M., Byatt, N., & Freeman, M. P. (2014). Pharmacotherapy for mood disorders in pregnancy: a review of pharmacokinetic changes and clinical recommendations for therapeutic drug monitoring. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, **34**(2), 244-255. doi: 1097/JCP.0000000000000087
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N.... Richter, M. (2018). Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association with Adverse Perinatal Outcomes. *The Journal of Clinical Psychiatry*, **79**(5). doi:10.4088/jcp.17r12011
- Hussein W, Lafayette RA. Renal function in normal and disordered pregnancy. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2014 Jan;**23**(1):46-53. doi: 10.1097/01.mnh.0000436545.94132.52. PMID: 24247824; PMCID: PMC4117802.
- Hutner, L. A., Catapano, L. A., Nagle-Yang, S. M., Williams, K. E., & Osborne, L. M. (Eds.). (2021). *Textbook of women's reproductive mental health*. American Psychiatric Pub.
- Prakash, C., & Nagle-Yang, S. (2019). Postpartum psychosis: Protecting mother and infant. *Current Psychiatry*, **18**(4), 12-21.
- Rusner, M., Berg, M., & Begley, C. (2016). Bipolar disorder in pregnancy and childbirth: a systematic review of outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **16**(1). doi:10.1186/s12884-016-1127-1
- Sachdeva P, Patel BG, Patel BK. Drug use in pregnancy; a point to ponder! *Indian J Pharm Sci*. 2009 Jan;**71**(1):1-7. doi: 10.4103/0250-474X.51941. PMID: 20177448; PMCID: PMC2810038.
- Shay, M., MacKinnon, A. L., Metcalfe, A., Giesbrecht, G., Campbell, T., Nerenberg, K. ... Tomfohr-Madsen, L. (2020). Depressed mood and anxiety as risk factors for hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, **50**(13), 2128-2140. doi:10.1017/s0033291720003062

- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 174550651984404. doi:10.1177/1745506519844044
- Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 174550651984404. doi:10.1177/1745506519844044
- Trost, S. L., Beauregard, J. L., Chandra, G., Njie, F., Berry, J., Harvey, A., Goodman, D. (2023). Pregnancy-Related Deaths: Maternal Mortality Review Committees in 36 states, 2017-19. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/erase-mm/data-mmrc.html>

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en [MotherToBaby.org](https://www.mothertobaby.org) .

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 31 de octubre de 2023.

Defectos de nacimiento frente a anomalías cromosómicas: ¿cuál es la diferencia?

«Se supone que me hago rellenos dérmicos mañana, ¿todavía es seguro hacerme este procedimiento?» Erin había reservado la cita con su dermatólogo hace semanas, y aunque sentía mucha emoción hoy al enterarse del embarazo, dudaba si los rellenos seguían siendo una buena idea. Con la esperanza de una piel más suave y arrugas menos notables, nos llamó para obtener orientación. Erin no es la única persona que tiene preguntas: a los especialistas en información de MotherToBaby a menudo se les pregunta sobre los procedimientos cosméticos durante el embarazo o la lactancia.

Algunos procedimientos cosméticos requieren cirugía; estos son un tipo de cirugía plástica. Los ejemplos incluyen liposucción, aumento de senos y rinoplastia (nariz). Es mejor evitar este tipo de cirugía estética durante el embarazo. Pero, ¿qué pasa con los procedimientos menos invasivos? Repasemos algunos tratamientos sobre los que comúnmente nos preguntan:

Botox

El **Botox** es una forma inyectable de toxina botulínica. Cuando se usa cosméticamente, el Botox generalmente se inyecta en la cara o el cuello para ayudar a suavizar las arrugas o líneas finas en la piel al paralizar o relajar temporalmente los músculos. Se espera que el Botox permanezca en el área donde se administra y no ingrese al torrente sanguíneo. Debido a esto, es poco probable que ingrese a la leche o que atraviese la placenta donde podría llegar a un bebé en desarrollo. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el Botox no se ha estudiado específicamente para su uso durante el embarazo o la lactancia. También existe el riesgo de infección en el lugar de la inyección y la posibilidad de que la toxina se propague más allá del área donde se administró. Lea más sobre Botox aquí:

<https://mothertobaby.org/es/baby-blog/el-botox-y-el-bebe-lo-que-sabemos-sobre-los-riesgos-durante-el-embarazo-y-la-lactancia/>

Maquillaje Semipermanente y Microblading

El maquillaje semipermanente se logra tatuando áreas de la cara para resaltar las características naturales y, por lo general, dura unos años antes de desvanecerse. Esto puede incluir delineador de ojos, labios o cejas. El **microblading** es otra forma de tatuaje utilizado en las cejas. Cuando se trata de la tinta utilizada en el maquillaje semipermanente, no está claro qué cantidad de pigmento en la tinta puede ingresar al torrente sanguíneo, atravesar la placenta o cuánto puede llegar al bebé. Para las personas que están amamantando, tampoco está claro qué cantidad de pigmento podría pasar a la leche. Esto hace que sea difícil saber si el pigmento en sí podría causar un riesgo. Se sabe que, con cualquier tatuaje, existe la posibilidad de infección si el equipo no se esteriliza adecuadamente. Puede haber un riesgo de hepatitis B, hepatitis C, VIH y otras infecciones como el estafilococo. También existe la posibilidad de infección durante el proceso de curación. Si elige hacerse maquillaje semipermanente durante el embarazo o la lactancia, asegúrese de ir a un lugar que practique una buena higiene. También asegúrese de comunicarse con su proveedor de atención de salud si el área tatuada parece que no se está curando correctamente.

Blanqueamiento Dental

Muchas personas también están interesadas en iluminar sus sonrisas. Algunos productos comunes para blanquear los dientes incluyen tiras blanqueadoras, pastas dentales blanqueadoras, terapia de luz azul (LED) en el hogar y procedimientos profesionales de blanqueamiento administrados por un higienista dental o dentista. En su mayor parte, no se espera que estos productos aumenten los riesgos para un embarazo o un bebé lactante. Para obtener más detalles sobre los ingredientes específicos en los productos de blanqueamiento dental, consulte:

<https://mothertobaby.org/es/baby-blog/blanqueando-tu-sonrisa-durante-el-embarazo-y-la-lactancia-hablemos-de-ello/>

Exfoliación Química

Hay diferentes tipos de exfoliaciones químicas cosméticas que se utilizan para tratar los tonos desiguales de la piel, arrugas, cicatrices de acné, o daño solar mediante la aplicación de un producto sobre la piel (tópicamente) que luego elimina parte de las capas superiores de la piel. Esto generalmente implica un tipo de ácido: podría ser una combinación de ácido hialurónico, ácido glicólico, ácido tricloroacético, ácido salicílico o ácido láctico y otros ingredientes. Las exfoliaciones químicas ligeras involucran la capa externa de la piel (epidermis). Las exfoliaciones químicas profundas pueden penetrar un poco más en las capas de la piel. Debido a que los productos químicos en cada exfoliante pueden variar, puede ser una buena idea pedir con anticipación una lista de ingredientes. Un especialista de MotherToBaby puede hablar con usted sobre los ingredientes activos en el exfoliante químico específico que está considerando. Lea más sobre su piel y el cuidado de la piel aquí:

<https://mothertobaby.org/es/baby-blog/cual-es-lo-ultimo-acerca-del-cuidado-de-la-piel/>

Rellenos Labiales y Rellenos Dérmicos

Los rellenos labiales y dérmicos (o faciales) son sustancias inyectadas que se utilizan para rellenar líneas y arrugas o agregar volumen a áreas de la cara o los labios. Actualmente hay cuatro tipos de rellenos que están aprobados por la Administración Federal de Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés). Los rellenos de ácido hialurónico son los más comunes. El ácido hialurónico, junto con la hidroxapatita de calcio y los rellenos de ácido poliláctico se consideran temporales, estos eventualmente serán descompuestos y absorbidos por el cuerpo. El polimetilmetacrilato no es absorbido por el cuerpo: este relleno se compone de pequeñas perlas redondas de plástico suspendidas en colágeno. Entonces, ¿qué sabemos sobre el uso de rellenos durante el embarazo o la lactancia? La respuesta es, poco. Hay investigaciones limitadas sobre estas sustancias cuando se administran durante el embarazo o la lactancia, por lo que puede ser mejor pausar cualquier inyección hasta una fecha posterior. También existe un riesgo potencial de infección en el lugar de la inyección. La FDA aconseja a cualquier persona interesada en los rellenos que los obtenga de un proveedor de atención de salud con licencia y que discuta los riesgos y beneficios con ello antes del procedimiento.

Entonces, ¿qué hizo Erin con respecto a su cita para los rellenos dérmicos?

Cuando se trata de procedimientos cosméticos durante el embarazo o la lactancia, es importante considerar lo que se sabe sobre un procedimiento y sopesar cualquier riesgo potencial. En el caso de Erin, decidió que sería mejor posponer su próxima cita de relleno dérmico hasta después de que naciera su hijo. Concluyó nuestra llamada diciéndome: «Creo que me dará más tranquilidad cancelar mi cita y esperar hasta después de mi embarazo ahora que sé que no hay mucha investigación. Mientras tanto, hablaré con mi dermatólogo sobre otras opciones de cuidado de la piel.»

¿Tiene alguna pregunta sobre un procedimiento cosmético durante el embarazo o la lactancia?

Hable con un especialista de MotherToBaby por teléfono, mensaje de texto, chat o correo electrónico.

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en [MotherToBaby.org](https://www.MotherToBaby.org) .

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 31 de octubre de 2023.

Defectos de nacimiento frente a anomalías cromosómicas: ¿cuál es la diferencia?

- Mi miedo y ansiedad por mi primer hijo que pronto llegará es abrumador todos los días... Estoy enojada algunos días, triste algunos días y estoy en pánico otros días.
- Mis niveles de ansiedad y depresión han sido más altos de lo normal
- Tengo miedo cuando voy a algún lado o veo a alguien, incluso cuando mantengo el distanciamiento social.
- Planeamos tener un increíble equipo de apoyo y nos quitaron la alfombra debajo de nosotros.
- Me doy cuenta de que este es un territorio desconocido, pero no me he sentido apoyada como madre primeriza

Estos fueron los sentimientos de individuos embarazadas que atravesaban la pandemia. Fue un evento sin precedentes y, como especialistas de MotherToBaby, nos enfrentamos al desafío de lidiar con la ansiedad de los futuros padres mientras intentaban obtener información confiable y lidiar con sus miedos, ansiedad y frustraciones. Afortunadamente, a medida que pasó el tiempo, la infección no pareció aumentar la posibilidad de defectos de nacimiento, pero ahora existe la duda del esfuerzo emocional que supuso para las mujeres embarazadas.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una condición de estrés mental y emocional persistente que ocurre después de sufrir un evento estresante o extremadamente traumático. A diferencia del estrés postraumático que disminuye con el tiempo, los síntomas del TEPT no desaparecen. Los síntomas del TEPT se clasifican en las siguientes

Defectos de nacimiento frente a anomalías cromosómicas: ¿cuál es la diferencia?

página 10 de 16

31 de octubre de 2023

cuatro categorías y pueden variar en gravedad:

- **Recuerdos intrusivos (o reviviscencia):** puede incluir pensamientos intrusivos o recuerdos angustiantes, escenas retrospectivas, pesadillas
- **Evasión /Evitación:** puede incluir evitar pensar o hablar sobre el evento o sus sentimientos; evitando cosas que les recuerden el evento (personas, lugares, actividades).
- **Cambios negativos en el pensamiento o el estado de ánimo:** puede incluir la falta de memoria sobre los detalles del evento; pensamientos y sentimientos negativos sobre ellos mismos o sobre los demás; sentirse insensible o separado de los demás; pérdida de interés en las actividades.
- **Cambios en las reacciones físicas y emocionales (excitación):** puede incluir estar irritable y tener arrebatos de ira; comportamiento autodestructivo; tener problemas para concentrarse o dormir.

En general, el TEPT ocurre con más frecuencia en las mujeres que en los hombres y en la población embarazada más que en las mujeres no embarazadas. Según algunos estudios, entre el 3 % y el 19 % de las mujeres embarazadas experimentan TEPT. Cuando se trata de trastornos psiquiátricos durante el embarazo, el TEPT después del parto o el TEPT posparto se considera el tercer trastorno de salud mental más común después de la depresión y la dependencia de la nicotina.

Si no se trata o se trata de manera deficiente, el TEPT puede tener efectos duraderos no solo para la mujer embarazada sino también en sus relaciones con otras personas, especialmente la familia, e interferir en el vínculo con su hijo y la lactancia, lo que puede tener un impacto duradero en el niño. Las mujeres embarazadas con TEPT no tratado tienen una mayor probabilidad de experimentar resultados negativos en el parto, como diabetes gestacional (diabetes que se desarrolla durante el embarazo), preeclampsia (presión arterial alta grave), bajo peso al nacer (peso al nacer de < 2500 gramos, 5,5 libras) y parto prematuro nacimiento (antes de las 37 semanas de embarazo). Además, bastante alarmante, el TEPT está estrechamente relacionado con el intento o el suicidio y el abuso de sustancias, dos de las principales causas de muerte materna en los Estados Unidos.

Sabemos que la pandemia fue una situación estresante para todo el país y especialmente para las mujeres embarazadas, pero cuáles fueron los efectos a largo plazo, particularmente en lo que respecta al TEPT? En general, los factores de riesgo para el TEPT posparto incluyen, entre otros, el miedo al parto, problemas de salud prenatal (preeclampsia, defectos de nacimiento), la falta de apoyo emocional/social, depresión y ansiedad. Durante la pandemia, la principal preocupación fue el riesgo de infección para ellos y para sus hijos antes y después del nacimiento. Además, los planes de nacimiento tuvieron que cambiarse debido a las restricciones del hospital. No contaban con el apoyo social que esperaban o planeaban con sus doulas, parejas, familiares o amigos. La falta de apoyo social no solo fue un problema durante el parto, sino que se mantuvo después del nacimiento debido a las órdenes de quedarse en casa. Además, es posible que los futuros padres hayan tenido que enfrentarse a otros problemas amplificados por la pandemia, como el desempleo y la pérdida de un ser querido. El sentido de seguridad y comunidad se vio muy afectado durante la pandemia y luego los futuros padres tuvieron que navegar por un mundo nuevo mientras se convertían en padres, como lo expresaron las mujeres embarazadas mencionadas anteriormente. Todos estos factores pueden crear una experiencia traumática del parto y aumentar la posibilidad de TEPT.

Se han realizado múltiples estudios que investigan los efectos de la pandemia de COVID-19 durante el embarazo. Si

bien los estudios pueden haber diferido en su enfoque para revisar este tema, los resultados generalmente mostraron que dar a luz durante la pandemia tuvo muchos efectos en la población embarazada y que el TEPT era bastante común. Además, las tasas de TEPT fueron más altas entre las embarazadas negras y latinas que entre las blancas y en un nivel socioeconómico más bajo (es decir, menos educación e ingresos).

Hay un aviso para que se evalúe el TEPT durante el embarazo y después para asegurarse de que nadie caiga en el olvido. Se sugiere que los proveedores que tuvieron pacientes que dieron a luz en la primera parte de la pandemia, hagan un seguimiento con ellos para asegurarse de que estén sobrellevando bien. No todas las personas que experimentan TEPT necesitarán asesoramiento, pero las mujeres embarazadas deben conocer sus opciones.

“El trauma es quizás la causa más evitada, ignorada, menospreciada, negada, incomprendida y no tratada del sufrimiento humano,” dijo Peter Levine, una especialista de trauma. Para las mujeres embarazadas, si sus síntomas interfieren con su calidad de vida, hable con su profesional de la salud para que pueda obtener la asistencia que necesita. Como especialistas en información de MotherToBaby, podemos conectarlo con los recursos que pueden promover su salud y bienestar. Brindamos información sobre los medicamentos utilizados para tratar el TEPT, así como la exposición a la ansiedad, la depresión y el estrés durante el embarazo y la lactancia. Somos solo un recurso importante en el que los padres nuevos y futuros pueden confiar para obtener información confidencial. Contáctenos hoy o visite nuestro Centro de recursos sobre salud mental durante el embarazo y la lactancia.

Hay recursos disponibles para ayudarle.

Postpartum Support International: <https://www.postpartum.net/en-espanol/>

National Maternal Mental Health Hotline: **1-833-943-5746 (1-833-9-HELP4MOMS)**

<https://mchb.hrsa.gov/linea-nacional-salud-mental-materna>

- Kinser PA, Jallo N, Amstadter AB, et al. 2021. Depression, Anxiety, Resilience, and Coping: The Experience of Pregnant and New Mothers During the First Few Months of the COVID-19 Pandemic. *J Womens Health (Larchmt)*. May;30(5):654-664.
- Padin AC, Stevens NR, Che ML, et al. 2022. Screening for PTSD during pregnancy: a missed opportunity. *BMC Pregnancy Childbirth*. Jun 14;22(1):487.
- Khsim IEF, Rodríguez MM, et al. 2022. Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review. *Diagnostics (Basel)*. Oct 26;12(11):2598.
- Sharpe, Rachel. “100+ PTSD Quotes to Help Survivors Cope with Trauma”. *Declutter the Mind*, 27 February 2021. <https://declutterthemind.com/blog/ptsd-quotes/>. Accessed 22 April 2023
- Shuman CJ, Morgan ME, et al. 2022. Associations Among Postpartum Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and COVID-19 Pandemic-Related Stressors. *J Midwifery Womens Health*. Sep;67(5):626-634.

- Benzakour L, Gayet-Ageron A, et al. 2022. Traumatic Childbirth and Birth-Related Post-Traumatic Stress Disorder in the Time of the COVID-19 Pandemic: A Prospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. Oct 31;19(21):14246.

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en MotherToBaby.org .

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 31 de octubre de 2023.

Defectos de nacimiento frente a anomalías cromosómicas: ¿cuál es la diferencia?

«¡Ya no lo aguanto!» Caroline estaba embarazada de 5 meses y desesperada cuando contactó a MotherToBaby. «Mi migraña es tan grave que apenas puedo levantarme de la cama, pero siento que no puedo hacer nada al respecto porque estoy embarazada. ¡No quiero perjudicar al bebé!» A menudo recibimos preguntas como la de Caroline de mujeres que están planificando un embarazo o que ya están embarazadas y desean información sobre la prevención y el tratamiento de los dolores de cabeza por migraña, así que empecé preguntándole a Caroline qué habría usado si no estuviera embarazada. Caroline me dijo que habría tomado ibuprofeno y/o sumatriptán.

Las prevenciones y los tratamientos de la migraña se dividen en tres categorías básicas:

- **Remedios de venta libre** como aspirina u otros AINE, o paracetamol con o sin cafeína.

- **Medicamentos recetados** como opioides, varios anticonvulsivos, triptanos, antidepresivos tricíclicos y bloqueadores beta.
- **Terapias alternativas** como Botox u otras inyecciones de bloqueo nervioso, terapia de masaje, acupuntura, altas dosis de magnesio o aceites esenciales.

La mayoría de las mujeres han probado más de una terapia que les ha fallado antes de encontrar la terapia o combinación de productos que funciona para ellos. Las migrañas pueden ser muy debilitantes, por lo que la idea de tener que pasar sin prevención o tratamiento que funcione puede provocar mucha ansiedad. Sí, es cierto que algunas mujeres encuentran que sus migrañas desaparecen durante el embarazo, pero en otras, se vuelven más frecuentes. Tener un plan de prevención y tratamiento, por si acaso, es necesario. Podemos ayudar con el desarrollo de ese plan al proporcionar a las mujeres que sufren de migraña información basada en la evidencia sobre la seguridad de varios tratamientos durante el embarazo (¡y también durante la lactancia!). A continuación hay un breve resumen de muchos medicamentos y tratamientos comunes para la migraña, pero le recomendamos que visite nuestras **hojas informativas** o se **comunique con nuestros expertos** para obtener información más detallada.

REMEDIOS DE VENTA LIBRE

Por lo general, los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos como la aspirina, el **naproxeno** y el **ibuprofeno** no se recomiendan en el embarazo.

El **acetaminofén (paracetamol)** en sí solo no siempre proporciona alivio para una migraña, pero su uso no debe ser de gran preocupación dependiendo de cuánto o con qué frecuencia se necesite.

La cafeína a veces se puede agregar para mejorar el alivio de una migraña en algunas mujeres. Por lo general, no se espera que tales dosis de cafeína creen una mayor probabilidad de un resultado adverso del embarazo. Para obtener más orientación sobre la cafeína, consulte nuestra **hoja informativa**.

Otros remedios de venta libre que caen en las categorías de hierbas o suplementos tampoco se recomiendan, ya que no están bien regulados o estudiados para su seguridad. Vea nuestra hoja informativa sobre **productos herbales**.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Muchas mujeres encuentran que los productos de venta libre no son lo suficientemente útiles así que buscan a sus proveedores de salud para el alivio de los medicamentos recetados. La prevención del dolor de cabeza en primer lugar es clave para algunas mujeres.

Los **betabloqueantes** han existido durante mucho tiempo y se usan diariamente para la prevención de la migraña en algunas mujeres. Los estudios no sugieren que su uso en el embarazo sea de alto riesgo. Consulte nuestras hojas informativas sobre **metoprolol** y **propranolol** para obtener información adicional.

Los antidepresivos tricíclicos, como la **amitriptilina** y **nortriptilina**, son medicamentos más antiguos que han tenido éxito en algunas mujeres para la prevención de las migrañas cuando se usan diariamente. Tampoco se ha encontrado que sean productos de alto riesgo cuando se usan en el embarazo.

Otros medicamentos, como ciertos anticonvulsivos, se han utilizado para prevenir o reducir la gravedad o la frecuencia de las migrañas. Sin embargo, estos medicamentos traen preocupaciones más complejas cuando se usan en el embarazo. La posibilidad de complicaciones en el embarazo debe sopesarse cuidadosamente contra los beneficios de mantener las migrañas bajo control.

Los productos «triptán» fueron diseñados específicamente para tratar las migrañas e incluyen el **sumatriptán**, **rizatriptán**, **frovatriptán**, y **naratriptán**. Entre ellos, el sumatriptán ha existido por más tiempo y tiene datos relativamente tranquilizadores sobre el uso durante el embarazo.

Los **opioides** se utilizan para tratar el dolor extremo causado por las migrañas. Si bien generalmente no se encuentra que causen un aumento significativo de la probabilidad de defectos de nacimiento, el uso regular puede crear problemas más adelante en el embarazo o después del nacimiento. En algunos casos, su uso puede causar dolores de cabeza de rebote y así crear aún más necesidad de tratamiento.

TERAPIAS ALTERNATIVAS

Las migrañas pueden ser realmente difíciles de prevenir o tratar, y algunas mujeres recurren a terapias alternativas. Las inyecciones de **Botox**, **bupivacaína**, o **lidocaína** se han utilizado como bloqueadores neurales para tratar las migrañas. Sin embargo, puede que sea mejor no probarlos por primera vez durante un embarazo.

Algunas opciones no farmacéuticas incluyen la terapia de masaje y **acupuntura**. Es posible que su proveedor de salud pueda derivarla a alguien que tenga experiencia en la implementación de estos tratamientos con mujeres embarazadas.

Los **aceites esenciales** se usan tópicamente o en un difusor. Tenga cuidado de no ingerirlos. Si está amamantando o tiene un bebé, asegúrese de no dejar aceites en su piel donde el bebé podría ingerirlos por accidente.

Hemos recibido preguntas sobre el uso de altas dosis de magnesio para frenar las migrañas. No podemos recomendar esta opción y le sugerimos que busque el consejo de su proveedor de salud para determinar si dicho tratamiento sería útil o sabio.

EL MENSAJE PRINCIPAL

Le di a Caroline un resumen de lo que se sabe sobre sus tratamientos habituales para la migraña, y le sugerí que tuviera una conversación con su proveedor de salud para discutir una alternativa más segura al ibuprofeno y para ver

Defectos de nacimiento frente a anomalías cromosómicas: ¿cuál es la diferencia?

página 15 de 16

31 de octubre de 2023

si su proveedor sugeriría cualquier otro cambio en su plan de tratamiento. La conclusión es que los beneficios de algunos tratamientos pueden superar los riesgos de no tratar las migrañas. Una mamá sana de pie a cabeza (especialmente una cabeza sin dolor) también es mejor para el bebé.

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en [MotherToBaby.org](https://www.MotherToBaby.org) .

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 31 de octubre de 2023.