

La guía de preparación previa a la concepción

Emily llamó a MotherToBaby y nos confió: «Mi esposo y yo estamos pensando en quedarnos embarazadas... Estoy muy emocionada, pero también nerviosa. Quería saber qué puedo hacer para que sea más probable que tengamos un embarazo y un bebé saludables».

Le aseguré a Emily que nos encanta cuando las personas llaman antes de su embarazo y hacen estas preguntas. La salud previa al embarazo es un tema que no recibe tanta atención como merece, y es importante tanto para Emily como para su esposo. Una buena atención médica previa a la concepción puede afectar la fertilidad y facilitar la concepción, y también ayuda a mejorar los resultados del embarazo y la salud del bebé.

He aquí una guía de preparación previa a la concepción, porque si está lista para tener un bebé, debe tomar medidas ahora para mantener a sí misma y a su bebé lo más saludables posible:

- **Haga una cita de control previo a la concepción:** Comience por hacer una cita con su proveedor de atención obstétrica con unos tres meses de anticipación. En esa cita puede confirmar que tiene buena salud. Si tiene alguna afección crónica como presión arterial alta, enfermedad de la tiroides, depresión, o diabetes, usted y su proveedor pueden asegurarse de que la afección se esté manejando de manera efectiva y confirmar que cualquier medicamento recetado o de venta libre que esté tomando se puede continuar durante el embarazo. Si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos durante el embarazo, MotherToBaby puede ayudar brindándole información para que la lleve a su cita.
- **Comience a tomar una vitamina prenatal:** Si aún no está tomando una vitamina con ácido fólico, ahora es un buen momento para comenzar. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recomiendan que todas las mujeres que planean un embarazo o que están embarazadas tomen una vitamina que contenga 400 microgramos de ácido fólico. Esto ayuda a reducir las probabilidades de ciertos defectos de nacimiento, como la espina bífida (cuando la médula espinal no se forma correctamente).
- **Revise su estado de inmunización:** Durante su chequeo previo a la concepción, asegúrese de estar al día con las vacunas como la MMR (sarampión, paperas, rubéola), la Tdap (tétanos, difteria, tos ferina), la influenza y el COVID. Planificar con anticipación hace que sea más probable que no se enferme durante el embarazo y ayuda a proteger al bebé de contraer infecciones a través de los padres después del nacimiento.
- **Ponga su cuerpo en forma para el embarazo:** Haga ejercicio con regularidad y considere si usted y su pareja están en su peso preferido. De lo contrario, haga planes para remediarlo antes de intentar quedar embarazada. También puede obtener más información sobre una dieta y nutrición saludables. Esto es algo que puede mejorar la fertilidad en ambos padres y sentar las bases para un embarazo saludable.
- **Elimine las exposiciones dañinas:** No hace falta decir que este es un buen momento para hacer cambios en el estilo de vida, como reducir el consumo de alcohol, tabaco y drogas recreativas. Abordar el estrés y los problemas de salud mental desde el principio puede mejorar la fertilidad, mejorar toda la experiencia del embarazo y prepararla para la emoción y el arduo trabajo de la maternidad.
- **Evalúe su hogar y su entorno de trabajo:** Si usted y su pareja están expuestos a sustancias tóxicas como el plomo en su entorno de trabajo o en el hogar, trabajar para reducir esas exposiciones es muy eficaz cuando se hace antes del embarazo.

MotherToBaby tiene muchos recursos para Emily y su esposo, ¡y para usted! Tenemos hojas informativas sobre medicamentos, suplementos a base de hierbas, diabetes y otras condiciones de salud, enfermedades y vacunas, ocupaciones como veterinaria y dental, ejercicio, exposiciones paternas, y cosméticos (protector solar, cremas para la piel, esmalte de uñas, tinte para el cabello). También hay blogs y podcasts útiles, y páginas web completas sobre diversas condiciones, y si tiene preguntas, nuestros especialistas en información están aquí para servirle.

[¿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, 27 de marzo de 2024.

La guía de preparación previa a la concepción

Mi hermana menor tenía 35 años y estaba embarazada con su primer hijo. Como familia, estábamos extasiados. La familia se estaba ampliando y yo estaba a punto de ser tía por tercera vez. Ella estaba en su tercer trimestre y muy embarazada, pero aún estuvo en el coro cantando y bailando con todo el corazón en un concierto conmemorativo. Yo, junto con muchas otras personas, nos sorprendimos de lo enérgica y ágil que era en tan avanzado embarazo. Sin embargo, cuando terminó el concierto, miré sus pies y estaban muy, muy hinchados. Me preocupé y le dije que hablara con su médico de inmediato. Tres días después, recibió una llamada de su médico para registrarse en el hospital, 6 días antes de su fecha prevista de parto. Sin que yo lo supiera, ella había dejado una muestra de orina el día antes del concierto. Los resultados de las pruebas revelaron que tenía preeclampsia (un tipo de presión arterial alta específica a el embarazo) y necesitaban dar a luz al bebé. Si no se trata, la preeclampsia puede ser muy peligrosa para la madre y el bebé. Mi hermana se apresuró a arreglar todo y corrió al hospital, y nació el bebé Jordan, mi sobrino. Mi hermana es una mujer afroamericana fuerte, educada y en buena forma física y, gracias a Dios, su historia terminó bien. Sin embargo, eso no es siempre el caso. Podría haber sido de otra manera.

Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE o, por sus siglas en inglés, HDP) son un grupo de afecciones médicas que involucran presión arterial alta durante el embarazo. La presión arterial alta, también conocida como hipertensión, es una afección en la que la fuerza de la sangre contra las paredes de las arterias es demasiado alta.

Esto puede dañar las arterias y aumentar el riesgo de sufrir un ataque cardíaco, un derrame cerebral y otros problemas de salud graves. Los trastornos hipertensivos del embarazo son una de las principales causas de muerte materna y pueden poner tanto a la madre como al bebé en riesgo de sufrir complicaciones graves durante el embarazo.

Hay cuatro tipos principales de trastornos hipertensivos del embarazo:

- **Hipertensión crónica:** Presión arterial alta que ocurre antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación, o que persiste más de 12 semanas después del parto.
- **Hipertensión gestacional:** Presión arterial alta que se desarrolla después de las 20 semanas de gestación, sin signos de daño a órganos ni proteínas en la orina.
- **Preeclampsia:** Presión arterial alta que se desarrolla después de las 20 semanas de gestación, con signos de daño a órganos o proteínas en la orina.
- **Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica:** Hipertensión crónica que empeora o causa daño a órganos o proteínas en la orina durante el embarazo. Esto significa que tiene dos problemas con su presión arterial.

La hipertensión crónica afecta aproximadamente a 85.000 nacimientos (2,3%) en los Estados Unidos cada año. Desafortunadamente, el número de mujeres embarazadas diagnosticadas con THE está aumentando y se producen más muertes maternas debido a complicaciones de estas afecciones durante el embarazo. Además de eso, las tasas entre las personas blancas y otros grupos raciales se están ampliando, especialmente entre las mujeres negras embarazadas durante el embarazo. Según un informe de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), los THE afectaron al menos a 1 de cada 7 hospitalizaciones por partos en los Estados Unidos entre 2017 y 2019, y aproximadamente un tercio de los que murieron durante el parto en el hospital tenían algún tipo de THE. Algunas de las otras conclusiones clave del informe fueron las siguientes:

- Los THE afectaron a más de 1 de cada 5 hospitalizaciones de parto de mujeres negras y aproximadamente 1 de cada 6 hospitalizaciones de parto de mujeres indias americanas y nativas de Alaska, en comparación con 1 de cada 8 hospitalizaciones de parto de mujeres blancas.
- Las mujeres negras tenían mayores probabilidades de quedar embarazadas con hipertensión crónica y desarrollar preeclampsia grave.
- Las mujeres negras y las mujeres india americanas y nativas de Alaska tuvieron tasas más altas de muerte materna debido a los THE que las mujeres blancas.

Las causas de los trastornos hipertensivos del embarazo no se comprenden completamente, pero algunos factores de riesgo incluyen obesidad, diabetes, enfermedad renal, antecedentes familiares, embarazos múltiples y edad materna avanzada (más de 35 años) y las tasas son más altas entre las comunidades de color en comparación con gente blanca. En general, más del 50% de las mujeres negras tienen hipertensión, en comparación con el 39% de las mujeres blancas no hispanas y el 38% de las mujeres hispanas. Los síntomas de los trastornos hipertensivos del embarazo pueden variar según el tipo y la gravedad, pero algunos comunes son dolores de cabeza, hinchazón, visión borrosa, dolor de estómago y cantidad reducida de orina de lo habitual.

Los THE pueden ser peligrosos tanto para usted como para su bebé, pero se pueden prevenir y tratar con el cuidado y la atención adecuados. Para reducir la posibilidad de THE, las mujeres embarazadas y aquellas que planean quedar embarazadas pueden tomar las siguientes medidas:

- Obtenga atención prenatal temprana y regular. Pueden controlar su presión arterial y detectar cualquier signo de THE.¹
- Tome sus medicamentos para la presión arterial para reducir la presión arterial y prevenir complicaciones. También pueden recomendarle que tome una dosis baja de aspirina al día después de las 12 semanas de embarazo para reducir el riesgo de preeclampsia.²
- Mantener un peso y estilo de vida saludable. Trate de perder peso antes de concebir y gane peso gradualmente durante el embarazo de acuerdo con las pautas de su médico. Haga ejercicio con regularidad, lleve una dieta equilibrada, evite fumar, limite el consumo de alcohol y sal y controle el estrés.²³
- Controle su presión arterial en casa. Su médico puede sugerirle que use un monitor de presión arterial en el hogar para realizar un seguimiento de su presión arterial entre visitas.

MotherToBaby tiene hojas informativas útiles sobre **el tabaquismo, el alcohol, el estrés y el ejercicio, y la aspirina en dosis bajas**. También puede comunicarse con nosotros para obtener información sobre los medicamentos que su proveedor de atención médica puede recomendar para su tratamiento. Somos un servicio gratuito que está disponible para todos. El meollo del asunto es que usted haga lo mejor para usted y su bebé y estamos aquí para ayudarle en todas las etapas del embarazo, desde el momento en que escucha el latido en un monitor hasta el momento en que su bebé le captura su corazón.

Recursos:

American Heart Association. (2023, February 27). Black women of childbearing age more likely to have high blood pressure, raising pregnancy risks. Accessed February 7, 2024 [Read More](#)

Ford, N. D., et al., (2022). Hypertensive Disorders in Pregnancy and Mortality at Delivery Hospitalization – United States, 2017-2019. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, **71**(17), 585–591.

Hoover, C., (2023, August 30). Addressing Hypertension Is Critical for Lowering the Black Maternal Mortality Rate. The Century Foundation . [Read More](#)

Kalinowski, J., et al., (2021). Stress interventions and hypertension in Black women. *Women's health (London, England)*, **17**, 17455065211009751.

Leonard, S. A., et al., (2023). Chronic Hypertension in Pregnancy and Racial-Ethnic Disparities in Complications. *Obstetrics and gynecology*, **142**(4), 862-871.

Margerison, C. E., et al., (2019). Pregnancy as a Window to Racial Disparities in Hypertension. *Journal of women's health (2002)*, **28**(2), 152-161.

Sharma, G., et al., (2022). Social Determinants of Suboptimal Cardiovascular Health Among Pregnant Women in the United States. *Journal of the American Heart Association*, **11**(2), e022837.

¿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, 27 de marzo de 2024.

La guía de preparación previa a la concepción

Lidiar con el estreñimiento puede ser un desafío y la lucha se intensifica durante el embarazo. Si lo sabré yo que he lidiado con el estreñimiento desde que soy una adolescente. No fue hasta que empecé mis estudios cuando mis síntomas se agravaron y fue entonces que descubrí que tenía estreñimiento crónico. Cuando descubrí que estaba embarazada, supe que era solo cuestión de tiempo para volver a experimentar los síntomas de dolor, flatulencia e incomodidad. Si bien esto puede resultar desalentador, es importante tener en cuenta que no estás sola. Hasta el 38 % de las mujeres embarazadas enfrentan estreñimiento en el primer trimestre (Trottier et al., 2012).

Presentar estreñimiento en el embarazo incluso se ha ganado su propio código ICD-10 (utilizado para la facturación médica), lo que enfatiza la necesidad de atención y soluciones ante este problema. Exploremos las razones detrás del

estreñimiento relacionado con el embarazo y descubramos formas efectivas de controlarlo y aliviarlo. Nuestra página de información en **estreñimiento** es una excelente manera de acceder a la información que los expertos de MotherToBaby tienen sobre este tema, pero, exploremos algunas opciones específicas primero.

Comprendiendo las causas del estreñimiento en el embarazo:

El estreñimiento durante el embarazo puede atribuirse a varios factores, entre ellos una dieta desequilibrada, una ingesta insuficiente de fibra, un consumo inadecuado de agua y una falta de actividad física. Los cambios hormonales, en particular el aumento de la progesterona, también desempeñan un papel importante. Además, los medicamentos utilizados para combatir las náuseas y los vómitos del embarazo y los suplementos como el hierro y el calcio pueden contribuir al estreñimiento.

Navegando opciones para su tratamiento durante el embarazo:

Si bien el estreñimiento es común durante el embarazo, sufrir innecesariamente no es aceptable. Exploremos diferentes opciones de tratamiento, pero tenga en cuenta que no existe un enfoque único para todos. Comprender las complejidades de su situación individual es crucial para su mejoría.

Ajustes nutricionales:

- Incorpore 4-5 tazas de frutas y verduras frescas al día.
 - Realice 150 minutos de ejercicio moderado por semana (consulte a su proveedor de atención médica antes de comenzar cualquier rutina de ejercicios durante el embarazo).

Medicamentos para considerar:

- Los laxantes pueden ser una opción, ya que pueden ablandar las heces o estimular el movimiento gastrointestinal, pero es fundamental estar informado. Explore nuestra hoja informativa sobre laxantes aquí <https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/laxantes/> .

A continuación, hay una listado de dichas opciones:

- Laxantes de fibra a granel como el psilio
 - Estimulantes y lubricantes.

Medicamentos con prescripción:

- Prucaloprida (Motegrity®) para el tratamiento del estreñimiento funcional, mejor conocido como estreñimiento crónico idiopático. Conozca más en nuestra hoja informativa [aquí](#).

Manejo de condiciones o preexistentes:

Algunas personas pueden sufrir estreñimiento debido a afecciones subyacentes, como el síndrome del intestino irritable (IBS-E) o el **estreñimiento funcional** (FC). Consulte a su proveedor de atención médica para obtener un diagnóstico adecuado y siga sus recomendaciones. Explore nuestra hoja informativa sobre el estreñimiento funcional en el siguiente [enlace https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/functional-constipation/](https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/functional-constipation/) .

El **estrés** puede exacerbar el estreñimiento, especialmente en personas con IBS-E. Sea amable consigo mismo y explore técnicas de manejo del estrés. Obtenga más información sobre el estrés durante el embarazo en nuestra hoja informativa [aquí https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/el-estres/](https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/el-estres/) .

Para aquellas personas con **diabetes gestacional** o predisposición a la diabetes mellitus tipo 2, controlar los niveles de glucosa en sangre es crucial. Explore nuestro blog sobre diabetes durante el embarazo [aquí https://mothertobaby.org/es/baby-blog/la-diabetes-y-el-embarazo-una-historia-no-muy-dulce/](https://mothertobaby.org/es/baby-blog/la-diabetes-y-el-embarazo-una-historia-no-muy-dulce/) .

En conclusión, el estreñimiento durante el embarazo es una experiencia compartida, pero no se debe soportar sin buscar alivio. Yo ciertamente busqué la opción que más me benefició a mí durante mi embarazo. ¡Tú también puedes hacerlo! Inicie una conversación con su proveedor de atención médica para explorar otras soluciones. Al hacer ajustes en la dieta, mantenerse activo y controlar el estrés, podrá afrontar el estreñimiento más cómodamente durante esta etapa transformadora.□

Para obtener información personalizada sobre medicamentos o condiciones de salud o para participar como voluntario de nuestro estudio sobre el estreñimiento durante el embarazo, (más información [aquí:□](#)

<https://mothertobaby.org/es/ongoing-study/estrenimiento/>), comuníquese con nuestros expertos de MotherToBaby-están aquí para responder sus preguntas y brindarle apoyo durante el proceso de su embarazo.

Estamos buscando reclutar participantes que hayan tomado el medicamento Motegrity® durante su embarazo. Si usted o algún conocido ha estado expuesto a este medicamento por favor, **reporte su uso** con nuestro equipo.

¿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, 27 de marzo de 2024.

La guía de preparación previa a la concepción

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, 27 de marzo de 2024.

La guía de preparación previa a la concepción

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 lo 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 impriman 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, 27 de marzo de 2024.