



PREVENCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS

Uso de analgésicos durante el embarazo



M^a Montserrat Real Ferrero¹, M^a Luisa Martínez-Frías^{1,2,3}

¹Centro de Investigación sobre Anomalías Congénitas (CIAC) – Instituto de Salud Carlos III

²Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

³CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER)

Introducción:

El dolor se presenta en una amplia escala de intensidades que pueden ser desde muy leves a insoportables, pero su valoración se basa en una percepción subjetiva. Esta subjetividad podría dar lugar a una infravaloración de la importancia del síntoma, y su consecuente ausencia de tratamiento, por parte de los profesionales sanitarios, especialmente en el caso de las mujeres embarazadas por los posibles daños al feto. Por ello es preciso disponer de la mejor información sobre los tratamientos analgésicos que se pueden utilizar durante la gestación.

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una guía para el tratamiento escalonado del dolor oncológico, denominada “*escala analgésica*”. El principio básico consiste en iniciar el tratamiento en el nivel mínimo de dosis que se considere necesario para lograr la analgesia, e ir aumentándolo, o bajándolo, según la intensidad del dolor. Actualmente se propone sustituir el término de “*escala analgésica*” por el de “*ascensor analgésico*”^{1,2}.

Esta pauta de *escala/ascensor analgésico* es la que se debe utilizar para tratar el dolor en las mujeres embarazadas, y también (como ya se ha expuesto en otros Propositus), para cualquier otro tratamiento durante el embarazo.

Fármacos analgésicos.- Categorías.-

Los analgésicos se agrupan en las siguientes categorías (Tabla):

1.- Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), cuyo mecanismo de acción consiste en una inhibición reversible de la ciclooxigenasa, por lo que disminuye la síntesis de prostaglandinas. Estos analgésicos presentan una limitación en su capacidad para el alivio del dolor (*techo analgésico*),

por lo que **no mejoran** su eficacia administrando **más** dosis o **varios** medicamentos de este grupo a la vez (Tabla).

2. Opioides. En su acción se unen a receptores opioides localizados en el sistema nervioso central y en el sistema nervioso periférico. Se dividen en: agonistas puros, agonistas-antagonistas mixtos, agonistas parciales, y antagonistas puros. Se diferencian dos tipos (Tabla):

- **Opioides menores**, que se utilizan en dolor moderado y ven mejorada su eficacia en combinación con analgésicos no opioides, y
- **Opioides mayores**, que pueden utilizarse tanto en dolores moderados como intensos, agudos o crónicos.

3. Fármacos adyuvantes. No son analgésicos “per se”, pero potencian la acción de cualquier analgésico cuando se usan en forma conjunta. Se pueden utilizar en todos los niveles del ascensor analgésico mejorando la respuesta del dolor al tratamiento con el AINE. Aunque se emplean más frecuentemente en el tratamiento del dolor crónico, pueden resultar muy eficaces en el control de dolores agudos, especialmente de tipo neuropático.

Fármacos analgésicos durante el embarazo

Si seguir las pautas del *ascensor analgésico* y del *techo analgésico*, es fundamental para realizar un adecuado tratamiento del dolor, en el caso de la mujer embarazada es imprescindible. En primer lugar, porque se parte de aplicar la menor dosis para ir incrementándola, si es preciso, según la respuesta. En segundo lugar, porque evitará indicar dosis mayores sin beneficio alguno para la madre y que pueden suponer un riesgo para el embrión/feto. Los criterios de

ascensor analgésico y de *techo analgésico* suponen la única forma adecuada de tratamiento del dolor materno y ello es extensible al tratamiento de cualquier patología durante la gestación, con el fin de evitar daños fetales. En este punto, es necesario exponer una vez más las siguientes reflexiones:

a) Que tanto el tratamiento elegido como la dosis que se prescribe a la mujer embarazada, serán también un tratamiento para el embrión y feto que, además de no tener las mismas posibilidades metabólicas, recibirá esos fármacos a unas dosis de adulto; dosis que nunca prescribiríamos a un recién nacido o a un niño.

b) Que el embrión-feto, va a estar más tiempo expuesto, porque su metabolismo (cuando lo haya desarrollado) es más lento. Pero también, porque lo excreta al líquido amniótico y, en sus procesos de deglución-eliminación por orina, sufrirá una reexposición.

A pesar de estas consideraciones, en la actualidad venimos observando un aumento de la tendencia a prescribir dosis altas de paracetamol (hasta 3 y 4gr/día) por dolor de cabeza y/o cuadros virales estacionales, en mujeres embarazadas. Es más, se utilizan varios analgésicos a la vez, sin tener en cuenta el *techo analgésico*. Esta práctica, además de ser ineficaz como ya hemos dicho, va en contra de un principio básico de la teratología clínica, que indica que el efecto adverso para el desarrollo embrionario y fetal es mayor cuantos más fármacos se utilicen al mismo tiempo.

¿Qué analgésicos se pueden utilizar durante el embarazo?

En general, la mayoría de los analgésicos se pueden utilizar durante el embarazo (Tabla), aunque aplicando tanto la pauta de ascensor como la de techo analgésico. Además, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos específicos (Tabla):

a) Los AINEs, por su inhibición de la síntesis de prostaglandinas, **NO** se deben utilizar después de la semana 28 de gestación, porque pueden producir el cierre prematuro del *conducto arterioso* con la consiguiente hipertensión pulmonar y muerte fetal.

b) Los opioides podrían utilizarse, si no hay otra alternativa, controlando muy bien la menor dosis que elimine el dolor y evitando, si es posible, las últimas semanas de gestación, ya que pueden producir síndrome de intoxicación o de privación en el recién nacido. Además, en el caso de administrar opioides, hay que vigilar los movimientos fetales (que son esenciales para el correcto desarrollo fetal) ya que, al sedar al feto, podrían reducir su movilidad, y si es por periodos largos, podrían alterar su desarrollo.

c) Los ergotámicos, usados para aliviar las migrañas, por su acción vasoconstrictora no se deberían utilizar durante el embarazo. Una buena alternativa son los triptanos, ya que actúan como agonistas selectivos de los receptores de la serotonina, produciendo vasoconstricción de los vasos sanguíneos craneales y, hasta la fecha, no se ha observado que tengan efectos contráctiles sobre la vasculatura uterina.

AINEs y fertilidad

Por último, queremos llamar la atención sobre el efecto que tienen los AINEs sobre el ciclo ovulatorio. Estos fármacos pueden impedir la rotura del folículo y, por tanto, la salida del óvulo, produciendo un ciclo anovulatorio y una infertilidad femenina transitoria (síndrome del folículo luteinizado no roto³). Aunque parece que la probabilidad es mayor en tratamientos crónicos, también se puede producir con dosis puntuales. En este sentido, se debe considerar la relativa frecuencia, en las mujeres, de síndrome premenstrual, más o menos intenso, y para el que muchas utilizan AINEs. En los estudios de fertilidad en parejas que tardan en concebir, se debería descartar en primer lugar y antes de pasar a pruebas más específicas, el efecto de tratamientos crónicos con AINEs por diferentes patologías.

Tabla: Tipos de analgésicos y su utilización durante el embarazo

Tipos de Analgésicos	Ejemplos (por orden alfabético)	Uso durante el embarazo. SIEMPRE A LAS DOSIS MÍNIMAS TERAPÉUTICAS
Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)	Paracetamol	Si
	Ácido acetil salicílico, celecoxib, dexketoprofeno, diclofenaco, ibuprofeno, indometacina, ketorolaco, ketoprofeno, meloxicam, metamizol, naproxeno...	Si, durante el 1º y 2º trimestres. Contraindicados a partir de las 28-29 semanas de gestación
Opioides menores	Codeína, ketamina, Tramadol...	Si, evaluando riesgo-beneficio. Durante las últimas semanas del embarazo, riesgo de síndrome de abstinencia en el recién nacido.
Opioides mayores	Fentanilo, metadona, morfina, naloxona...	Si, evaluando riesgo-beneficio. Durante las últimas semanas del embarazo, riesgo de síndrome de abstinencia en el recién nacido.
Adyuvantes	Antidepresivos (amitriptilina, clorimipramida); Anticonvulsivantes (carbamazepina, lamotrigina), cannabinoides, estabilizadores de membrana...	Si, evaluando riesgo-beneficio. Al final del embarazo, algunos pueden producir síndrome de abstinencia en el recién nacido.
Otros fármacos utilizados en analgesia	Ergotámicos	NO
	Triptanes	Si

Referencias:

1. World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneve. 1986.
2. Torres L.M. et al., Editorial. Rev Soc Esp Dolor 2002;9:289-90.
3. Micu MC et al. Luteinized unruptured follicle syndrome increased by inactive disease and selective cyclooxygenase 2 inhibitors in women with inflammatory arthropathies. Arthritis Care Res 2011;63:1334-1338.

Agradecimientos: Al Instituto de Salud Carlos III, Al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. A las Consejerías de Sanidad de: Cantabria, Castilla y León, Galicia, Principado de Asturias y Región de Murcia. A la Fundación 1000, sobre defectos congénitos.

A la Dra. M. A. Fernández Galindo, por la revisión crítica del texto.