

SÍNTOMAS MENORES DEL EMBARAZO

ASPECTOS GENERALES

FATIGA Y SOMNOLENCIA

MANIFESTACIONES GENITOURINARIAS

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES

Náuseas y vómitos

Tratamiento ambulatorio

Hospitalización

Pirosis

Ptialismo

Hiperemia de la mucosa oronasal

Estreñimiento

CALAMBRES

MANIFESTACIONES VASCULARES

Hemorroides

Várices

MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS

Estrías del embarazo

Hiperpigmentación

Otras manifestaciones

DOLORES ÓSTEMUSCULARES

Lumbalgia

Dolores en las manos

DOLORES ABDOMINALES

Contracciones uterinas

Sensación de peso en hipogastrio

Dolor en fosas ilíacas

MANIFESTACIONES

CARDIORESPIRATORIAS

MANIFESTACIONES MAMARIAS

ANTOJOS

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

ASPECTOS GENERALES

Durante el embarazo, el organismo materno sufre una serie de cambios anatómicos, bioquímicos y psicológicos que pueden comenzar desde etapas muy precoces de la gestación y continuar a lo largo de todo el embarazo. Son importantes de conocer, para no confundirlos con síntomas patológicos y darles el tratamiento adecuado. La intensidad de los síntomas depende, en muchos casos, del umbral de cada mujer. El embarazo también provoca un estado de alerta de lo que ocurre en su cuerpo y percibe signos y síntomas que, a lo mejor, ocurrían en su estado no grávido, pero que no le daba importancia. Algunas mujeres se preocupan demasiado por estos signos y síntomas y la única manera de mejorarlos es informarles que son normales y transitorios.

FATIGA Y SOMNOLENCIA

Es una queja frecuente, principalmente de los primeros meses, que se debe a los múltiples cambios mecánicos y hormonales de la gestación sobre todo por el aumento de la progesterona. Se caracteriza por somnolencia y falta de fuerza y ánimo para realizar las actividades a las que está acostumbrada. Su único tratamiento consiste en aumentar las horas de sueño y reposo.

MANIFESTACIONES GÉNITOURINARIAS

La polaquiuria puede ocurrir al principio de la gestación por el crecimiento uterino y, al final del embarazo, por la presencia de la parte fetal que desciende en la pelvis. En ambos casos, existe un aumento de la presión intravesical asociado a la congestión de la mucosa urinaria por el efecto de las hormonas placentarias. Algunas veces, el esfuerzo ocasiona pérdida de orina sin que sea un signo de incontinencia urinaria al esfuerzo porque, en la mayoría de los casos, desaparece en el postparto (Losif et al, 1980). La polaquiuria exagerada acompañada de ardor, tenesmo vesical, dolor en hipogastrio y orinas fétidas son síntomas de infección urinaria, por lo que se debe practicar un examen de orina con urocultivo y antibiograma e iniciar antibioticoterapia específica para el germen causal.

El flujo vaginal aumenta por el efecto de los estrógenos sobre el epitelio endocervical y por el aumento en la producción de ácido láctico al nivel de las células del epitelio vaginal al ser estimuladas por el *Lactobacillus acidophilus*. Esto ocasiona una secreción blanco-grisácea, gruesa, de un olor característico, no pruriginoso y, con frecuencia, muy abundante. No hay un tratamiento específico y sólo la explicación

de que es un proceso normal y transitorio tranquiliza a la paciente. Este aumento del flujo es beneficioso porque disminuye la posibilidad de que las infecciones penetren en el útero, por el efecto de lavado permanente de la vagina que ocasiona esta secreción. La aparición de prurito, ardor o mal olor es signo de infección y está indicado el tratamiento específico.

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES

Náuseas y vómitos

Son los síntomas más comunes de la mujer embarazada, afectando entre el 50% y el 90% de las gestantes. Son más frecuentes en las mañanas, aunque pueden ocurrir durante todo el día y son precipitados por olores fuertes como el del cigarrillo, la pasta dental, los perfumes, los condimentos, etc. (Erik, 1997). La etiología no es bien conocida y los factores emocionales representan un papel importante, pero no se puede negar su relación con las alteraciones hormonales del embarazo porque lo pueden presentar mujeres que no saben que están embarazadas.

Se ha señalado su relación con la gonadotropina coriónica humana porque su curva de excreción se correlaciona bien con la evolución de estos síntomas; así mismo, en las enfermedades del trofoblasto las gonadotropinas están muy elevadas y las náuseas o vómitos se acentúan considerablemente. Sin embargo, se han encontrado niveles disminuidos de esta hormona en casos de hiperemesis gravídica, lo que sugiere que este síntoma está más bien relacionado con la presencia de cantidades elevadas de estrógenos y progesterona. La desaparición del síntoma en el segundo trimestre se debe a que el organismo se acostumbra a esa elevación hormonal. Esta teoría se soporta por un fenómeno similar, observado en mujeres que toman anticonceptivos orales en los que las náuseas y vómitos tienden a desaparecer a los pocos meses luego de iniciada la terapia (Depue et al, 1987).

El tratamiento es a base de antieméticos y el más utilizado el dimenhidrinato, a la dosis de 50 mg cada 4 a 6 horas, que produce una hiperestimulación de la función laberíntica. También se puede usar la metoclopramida, a la dosis de 10 mg cada 4 a 6 horas, que produce un aumento de la motilidad del tracto gastrointestinal superior sin estimular la secreción gástrica, biliar o pancreática; o la meclizina, a la dosis de 25 mg cada 4 a 6 horas, que produce un bloqueo a la respuesta vasodepresora de la histamina y la acetilcolina. Estos medicamentos se pueden administrar por vía oral, intramuscular y endovenosa. Se deben evitar los olores fuertes que puedan desencadenar náuseas, así como también aumentar la frecuencia y disminuir la cantidad de alimentos ingeridos (Alfaro-Lefreve et al, 1992).

Cuando los vómitos son tan severos que se acompañan de deshidratación, aumento de los cuerpos cetónicos séricos y pérdida de peso de más del 5%, el cuadro se conoce con el nombre de hiperemesis gravídica. Es difícil explicar la etiología y se considera que el factor psicosomático tiene un papel muy importante, aunque recientemente se ha tratado de asociar un estado de hipertiroidismo transitorio en pacientes con esta condición (Goodwin and Mestman, 1996). El tratamiento puede ser ambulatorio y algunos casos pueden necesitar hospitalización.

Tratamiento ambulatorio. Se recomienda una dieta basada en proteínas y carbohidratos, 3 veces al día, con pequeñas comidas de carbohidratos entre ellas. Las náuseas y vómitos que ocurren al levantarse, mejoran con la ingestión de galletas de harina de trigo inmediatamente al levantarse. Deben evitarse los olores fuertes que pueden desencadenar el síntoma así como los alimentos sólidos o de difícil digestión que pueden traumatizar el tracto digestivo superior durante el vómito. Una buena relación médico-paciente y el apoyo emocional asegurándole que la terapia va a ser efectiva y el problema pasajero es de gran ayuda. El tratamiento psiquiátrico se debe usar en caso de que no responda a las medidas convencionales porque sugerirle a la paciente que su problema es mental, generalmente, la empeora (Macy, 1986).

La terapia farmacológica se debe iniciar con los antieméticos convencionales mencionados anteriormente, aunque por vía parenteral porque, con frecuencia, la paciente no tolera la vía oral. En casos rebeldes, se pueden combinar los antieméticos con psicofármacos, como los derivados de la fenotiazina, tipo clorpromazina, a la dosis de 4 mg 3 a 4 veces al día o bien de derivados de la prometazina, tipo trifluoperazina, a la dosis de 2 mg 3 a 4 veces al día. Se recomienda la sedación adicional mediante barbitúricos tipo fenobarbital, a la dosis de 100 mg 2 a 3 veces al día o derivados de las benzodiazepinas, tipo diazepam, a la dosis de 5 mg 3 a 4 veces al día, de acuerdo a las necesidades.

Las vitaminas del complejo B son efectivas al actuar como cofactor en el metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y las grasas; especialmente la tiamina (B1) y la piridoxina (B6), y aunque esta última figura en la composición de algunos de los antieméticos convencionales, se pueden añadir cantidades adicionales de complejo B por vía oral, aunque a veces hay que recurrir a la vía intramuscular (Alfaro-Lefreuve, 1992).

Hospitalización. Alrededor del 1% al 2% de los casos requiere hospitalización para el manejo de la deshidratación y la malnutrición, con la ventaja de que se

facilita la terapia endovenosa y de que el cambio de ambiente mejora el aspecto psicológico. Los criterios para hospitalización son los siguientes (Erik, 1997).

1. Aparición de cetonuria o aumento de cuerpos cetónicos séricos.
2. Pérdida de peso importante.
3. Temperatura elevada en ausencia de proceso infeccioso.
4. Signos de deshidratación severa.
5. Elevación de la densidad específica de la orina con oliguria.
6. Cuando el médico considere que el manejo ambulatorio del caso sea difícil.

El tratamiento basa en dieta absoluta por las primeras 24 a 48 horas o mientras persistan los vómitos; luego se comienza con la dieta recomendada anteriormente, en cantidades progresivamente crecientes. Si luego de 48 horas no tolera la alimentación oral, se debe intentar la alimentación por tubo nasogástrico y, de persistir, alimentación parenteral aunque esta eventualidad es rara. Se debe indicar hidratación intravenosa con 2 500 a 5 000 cc de solución fisiológica alternando con glucosada, de acuerdo con las pérdidas. Si el flujo urinario es mayor de 800 cc, se debe emplear el cloruro de potasio, a la dosis de 30 a 60 mEq diarios para reemplazar los requerimientos y las pérdidas. En casos raros se puede presentar acidosis la cual debe corregirse.

Para el tratamiento farmacológico se deben usar los antieméticos convencionales por vía parenteral, asociados a sedantes tipo clorpromazina, a la dosis de 50 mg en las soluciones parenterales cada 6 a 8 horas o diazepam, a la dosis de 10 mg por vía IM, 2 a 3 veces al día. Las vitaminas del complejo B se pueden utilizar a la dosis de 1 a 3 cc por vía IM cada 12 horas, dependiendo del preparado.

El pronóstico es generalmente bueno, con tendencia a la desaparición espontánea a principios del segundo trimestre. La continuación del problema, o la aparición del mismo en etapas avanzadas de la gestación, hacen necesario descartar otras enfermedades que producen náuseas y vómitos y que no están relacionadas con el embarazo, como las que se enumeran a continuación (Erick, 1997).

1. Apendicitis.
2. Colelitiasis.
3. Hepatitis.

4. Tirotoxicosis.
5. Tumores cerebrales.
6. Enfermedad de Crohn.
7. Rectocolitis ulcerativa.
8. Pancreatitis.
9. Traumatismo craneal.
10. Enfermedad trofoblástica gestacional.
11. Infecciones bacterianas.
12. Parasitosis.
13. Exposición a sustancias tóxicas.
14. Embarazo ectópico.

Se han señalado hemorragias retinianas con muerte de la paciente en casos severos, por lo que la aparición de este signo es indicación de terminación del embarazo. Afortunadamente, es una enfermedad que es cada vez menos frecuente y más fácil de manejar, gracias a la terapéutica moderna.

Pirosis

Es sinónimo de reflujo gastroesofágico y es frecuente durante el embarazo. Se inicia durante el primer o segundo trimestre y se hace más severo a medida que progresa el embarazo (Olans and Wolf, 1994). No se ha establecido la fisiopatología de este síntoma aunque se ha señalado la compresión del estómago por el útero y el aumento en los niveles de estrógeno y progesterona sobre el tejido como posibles causas. Estos alteran los movimientos digestivos, la relajación del esfínter esofágico inferior, la disminución o inversión de la peristalsis esofágica y la relajación de la musculatura lisa gastrointestinal (Bassey, 1977).

Entre las medidas generales se recomienda una dieta rica en calcio y proteínas porque aumentan la presión del esfínter esofágico inferior, masticar bien los alimentos y hacer comidas frecuentes, así como también evitar el decúbito luego de comer. Se debe evitar el aumento de la presión intraabdominal que se produce al levantar objetos pesados, el pujar en caso de estreñimiento, etc. Si con estas medidas no se logra mejoría de los síntomas o si son severos, se deben usar medicamentos que disminuyan la acidez del contenido gástrico como los antiácidos, a la dosis de 1 a 2 tabletas o cucharadas, después de cada comida y antes de acostarse.

Los ingredientes activos que se encuentran en las preparaciones disponibles en el mercado son: hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, bicarbonato de sodio, trisilicato de magnesio, carbonato de magnesio, bicarbonato de sodio, carbonato de calcio y la simeticona. Muchos contienen combinaciones de varios compuestos, aunque no hay mayores diferencias entre las diferentes preparaciones (Lewis and Weingold, 1985). En caso de que persista el síntoma, se puede usar la ranitidina, que es un antagonista de los receptores H₂, más potente que la cimetidina y con la ventaja de que, a pesar de atravesar la placenta, estudios en animales y la experiencia en humanos no han señalado efectos teratogénicos. La dosis recomendada es la de 150 mg dos veces al día. El uso de otros medicamentos como la famotidina, el sucralfato, etc. no es recomendable porque no se ha demostrado su inocuidad sobre el feto y porque la relación costo/beneficio no lo justifica (Jarson and Raiburn, 1993).

Ptialismo

El exceso de salivación es un síntoma poco frecuente pero, en ocasiones molesto, que se puede tratar aconsejándole a la paciente que evite la ingestión de alimentos que estimulen las glándulas salivares como los almidones. Casos más severos se pueden tratar con secantes de la mucosa oronasal, como la bromofeniramina, a la dosis de 12 mg, por VO, cada 12 a 24 horas.

Hiperemia de la mucosa oronasal

Estas mucosas se vuelven susceptibles a traumas menores por el efecto de los niveles elevados de estrógenos y progesterona y no es raro el sangrado después de cepillarse los dientes o por la manipulación de las fosas nasales. También se manifiesta por obstrucción nasal, favoreciendo la sinusitis, sobre todo en pacientes con rinitis alérgica. En estos casos se pueden usar los descongestionantes nasales a los que ya se hizo referencia. En ocasiones puede aparecer un edema altamente vascularizado de las encías, llamado "épolis del embarazo", que puede sangrar profusamente con el trauma del cepillado. Todos estos cambios son reversibles y desaparecen después del parto.

Estreñimiento

Es un síntoma bastante frecuente, debido al efecto de la progesterona de relajar la musculatura lisa del intestino, a la presión ejercida por el útero aumentado de tamaño y a la disminución de la actividad física propia del embarazo (Everson, 1992). Se recomienda una dieta rica en frutas, entre las que se destaca la ciruela, que es uno de los laxantes naturales más efectivos, también se puede usar la manzana con su cascara, el tamarindo, el banano, la piña, la lechosa, el melón y las frutas cítricas. Se recomiendan los vegetales

verdes de hoja como la lechuga, la espinaca y el apio; los vegetales cocidos ricos en residuos como el repollo y los tubérculos como la zanahoria, el nabo y las papas. Los preparados comerciales basados en cereales con alto contenido en fibras así como el pan integral también son útiles en la prevención.

Otras medidas son: la ingestión de agua, jugos de fruta y vegetales en abundante cantidad. Se debe comer lentamente y masticar bien los alimentos para que las enzimas del tracto digestivo superior cumplan con su función, ingerir los alimentos a intervalos regulares y acostumbrarse a evacuar a la misma hora todos los días. Esto se logra sentándose en el sanitario, preferiblemente 1 hora después del desayuno y tratar de evacuar. Al principio es difícil, pero con el tiempo se puede llegar a formar el hábito. En casos difíciles se recomienda el uso de laxantes basados en hidróxido de magnesio, a la dosis de 2 a 3 cucharadas al acostarse y medicamentos que no irriten la mucosa intestinal como los que contienen senósidos, a la dosis de 1 a 2 tabletas 2 veces al día.

CALAMBRES

Es un síntoma bastante frecuente y molesto que usualmente ocurre en el tercer trimestre y se cree que es debido a una deficiencia nutritiva de calcio y/o a un aumento del fósforo sérico. El trastorno de la circulación de las extremidades por comprensión venosa es un factor contribuyente (Heckman and Sassard, 1994). Se recomienda el uso de medias para várices que mejoran la circulación y ayudan a su prevención. Durante el ataque agudo, se aconseja la flexión del miembro afectado con otra persona ejerciendo presión con la mano colocada en la planta. El uso de bolsas de agua caliente, el masaje en la zona afectada o el hacer que la paciente se pare descalza sobre una superficie fría, son medidas caseras usualmente eficaces. Se recomienda una dieta rica en alimentos con alto contenido de calcio como los granos, vegetales, leche y sus derivados. Mientras persistan los síntomas, se deben evitar los alimentos con alto contenido en fósforo como las carnes rojas y el pescado.

Se pueden complementar las medidas anteriores con la administración de combinaciones de calcio con vitamina C, a la dosis de 1 comprimido efervescente 2 a 3 veces al día, hasta lograr la remisión de los síntomas, y luego 1 comprimido diario o interdiano, como dosis de mantenimiento. La administración de calcio mejora el síntoma en más del 75% de los casos (Mukherjee et al, 1997). Se han señalado buenos resultados con el uso de antiácidos basados en hidróxido de aluminio, a la dosis de 1 cucharada 3 a 4 veces al día, antes de las comidas. El mecanismo de acción es mediante disminución de la absorción de fósforo (Monaco, 1996).

MANIFESTACIONES VASCULARES

El efecto de los estrógenos sobre los capilares sanguíneos produce dilatación y proliferación, que asociado al incremento de la presión venosa y retardo del flujo sanguíneo, ocasionado por el útero aumentado de tamaño, son los responsables de las várices en los miembros inferiores y el recto produciendo las hemorroides tan comunes en la embarazada (MacLennan, 1993).

Hemorroides

Son las dilataciones varicosas de las venas hemo-rroidales ocasionadas por los cambios vasculares mencionados con anterioridad, a los que se le agrega el estreñimiento que también es muy frecuente en la embarazada (ver cap.40).

Várices

Es otro de los síntomas frecuentes de la embarazada y consiste en la dilatación de las venas del plexo venoso superficial y profundo de los miembros inferiores. Se puede presentar con aparición del trayecto venoso en el tejido celular subcutáneo y la piel con o sin dolor. Los factores genéticos tienen un papel importante en su etiología y empeoran con la multiparidad, la bipedestación prolongada, el embarazo múltiple, cuando el feto es voluminoso y, en general, con todo lo que aumente la presión intraabdominal. Se puede complicar con flebotrombosis o tromboflebitis, ambas muy temidas durante el embarazo y el puerperio porque pueden ser mortales si producen émbolos.

Como prevención se recomienda el uso de medias para várices durante todo el día, descansar con los miembros inferiores elevados y cuando adopte la posición sentada no debe cruzar las piernas. Debe evitar permanecer de pie durante mucho tiempo, así como todo lo que produzca aumento de la presión intraabdominal.

Las várices vulvares son más difíciles de tratar. El reposo y el uso de una faja higiénica con una toalla sanitaria bien ajustada, son de ayuda, pero la mayoría de las pacientes sólo ven mejoría luego del parto.

MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS

Los cambios físicos y hormonales que produce el embarazo, parto y puerperio están asociados con numerosos cambios cutáneos, muchos de los cuales son normales y desaparecen después del embarazo. Sin embargo, existen otros que son temidos por la embarazada porque que tienden a ser permanentes. Entre los cambios más frecuentes están los siguientes.

Estrías del embarazo

Aparecen en el abdomen y en los senos debido a la ruptura de las fibras elásticas de la piel. Están más relacionadas con el aumento de los esteroides suprarrenales, que con la distensión brusca por el crecimiento uterino porque no se ven en los quistes de ovario de crecimiento rápido, ni en la ascitis; por el contrario, recuerdan las estrías del **síndrome de Cushing** por su color violáceo. Al terminar el embarazo se vuelven plateadas y pueden verse combinaciones de esos dos colores en gestantes multíparas. Se han recomendado múltiples medidas terapéuticas y todas han probado ser poco efectivas. En aquellas pacientes muy afectadas psicológicamente por el problema el uso de lociones lubricantes puede ser de ayuda (Davey, 1972).

Hiperpigmentación

Cerca del 90% de las mujeres embarazadas presentan cierto grado de oscurecimiento de la piel, debido a la estimulación de los melanóforos, que se produce por la elevación de los niveles séricos de la hormona estimulante de los melanocitos que ocurre durante el embarazo. Estos cambios, que son más comunes en mujeres de piel oscura, aparecen precozmente durante el embarazo, desaparecen en los meses que siguen al nacimiento y no tienen ningún tratamiento específico. Se presenta más frecuentemente en zonas de la piel que naturalmente son más pigmentadas, como los pezones, la areola, la vulva y la línea media infraumbilical, esta última conocida como **línea nigra** (Wong and Ellis, 1989).

La hiperpigmentación de los pómulos y rara vez del cuello es conocida como "máscara del embarazo", "cloasma o melasma gravídico". Se cree que es debido a la deposición de melanina dentro de los macrófagos dérmicos y epidérmicos por acción de las hormonas femeninas aumentadas durante el embarazo, generalmente es un fenómeno reversible después del parto aunque se han descrito casos que persisten hasta por 10 años. Tienden a aumentar con el uso de los anticonceptivos orales de alta dosis y con la exposición prolongada a los rayos solares, por lo que el único medio de prevenir su progresión es mediante el uso de otros métodos anticonceptivos y las cremas o lociones protectoras, aplicando una capa fina antes de exponerse al sol. Una vez establecido el problema suele ser irreversible, aunque se ha señalado cierta mejoría después del embarazo con el uso de aplicaciones tópicas de hidroxiquinona al 2% o de cremas de tretinoina (Kimbrough-Green et al, 1994).

Otras manifestaciones

Debido a la acción de los estrógenos y la progesterona sobre el pelo, existe un aumento de la fase anágena (crecimiento), en relación con la fase telógena (caída), en el ciclo de crecimiento del pelo que puede llevar a un hirsutismo leve en mujeres genéticamente predispuestas. Entre el primer y cuarto mes de puerperio esta relación se invierte y puede existir rápida caída del cabello que alarma a la paciente pero que generalmente revierte en 6 a 12 meses (Kois and Phelan, 1994).

Algunas pacientes se quejan de reblandecimiento de las uñas, signo que puede presentarse durante todo el embarazo. No existe un tratamiento específico y la única recomendación es la de mantener las uñas cortas para evitar que se rompan. Es un cambio reversible que cede durante el puerperio. Las telangiectasias, ocasionadas por la elevación de los estrógenos, generalmente aparecen en las zonas expuestas al sol y también suelen desaparecer en el período postparto.

DOLORES ÓSTEMUSCULARES

La embarazada tiende a presentar múltiples dolores debidos a los cambios hormonales y mecánicos de la gestación. Los más frecuentes son los siguientes.

Lumbalgia

Es un síntoma común y cerca de la mitad de las gestantes lo padecen. Es más frecuente en mujeres que lo sufren antes del embarazo o que lo padecieron en embarazos anteriores. Se incrementa con la edad y paridad, aumento de peso durante el embarazo, en los embarazos múltiples y en los casos de fetos voluminosos (Orvieto et al, 1994).

Se cree que es debido a lordosis progresiva que ocurre a medida que progresa la gestación, para compensar la posición anterior del útero grávido, lo cual tiende a cambiar el centro de gravedad. La paciente tiende a desplazar los hombros hacia atrás y la cabeza hacia delante para mantener la estabilidad, alterando la curvatura de la columna, lo cual asociado a la excesiva movilidad de las articulaciones, por el efecto hormonal, ocasiona la lumbalgia.

Entre las medidas generales se recomienda la educación al paciente para tratar de conservar una posición erecta siempre que esté de pie, con el abdomen tan aplanado como sea posible y la pelvis desplazada hacia delante. Se deben realizar ejercicios diarios con el fin de mantener el tono y la fuerza muscular; usar tacones bajos y dormir en colchón duro o poner una tabla debajo del que usa. También es de ayuda la aplicación de calor local y masaje ligero, con el

fin de relajar la tensión de los músculos de la espalda (Ostgaard et al, 1994).

En caso de no existir mejoría con estas medidas, se recomienda el uso de analgésicos y relajantes musculares, entre los que se encuentran los preparados basados en carisoprodol, a la dosis de 150 mg 3 o 4 veces al día o de metocarbamol, a la dosis de 400 mg 3 a 4 veces al día. Los sedantes del grupo de las benzodiazepinas, tipo diazepam, son excelentes relajantes musculares, aparte de que tienen una acción sedante adicional. La dosis es de 1 tableta de 2,5 mg 2 a 3 veces al día.

En los casos invalidantes, es necesaria la valoración ortopédica, en donde se recomendarán fajas especiales de maternidad y tratar la causa asociada tipo radiculitis, síndrome del disco intervertebral, etc. Algunas pacientes deben ser sometidas a fisioterapia, sobre todo al final de la gestación. El uso de ultrasonidos y aparatos de radiofrecuencia que producen calor profundo deben evitarse durante el embarazo.

Dolores de las manos

Durante el embarazo son comunes los dolores en las manos y la causa más frecuente es por el edema normal o patológico de la gestación. Se ve más frecuentemente en las mañanas al levantarse por la redistribución de líquidos que durante el día se acumulan más hacia las extremidades inferiores y durante la noche se acumulan en la parte superior del cuerpo. La paciente refiere un aumento de tamaño de las manos y los dedos con dificultad para los movimientos de flexión. Es un síntoma que desaparece espontáneamente en el curso del día y mejora con la disminución de la ingesta de sal.

Algunas embarazadas pueden tener parestesias en la mano debido a un síndrome de tracción del plexo braquial, por la posición en que la embarazada pone los hombros para mantener el equilibrio. Un síntoma similar se presenta en los casos del síndrome del túnel carpiano, en el que las parestesias se presentan en los dermatomas inervados por el nervio mediano, debido a la compresión al pasar por el canal carpiano. En estos casos se recomienda la consulta con el neurólogo (Monaco, 1996).

DOLORES ABDOMINALES

Los dolores abdominales, sobre todo los localizados en el hemiabdomen inferior son muy comunes y entre sus causas están las siguientes.

Contracciones uterinas

Las de Braxton-Hicks, generalmente son indoloras, pero al final del embarazo tienden a hacerse dolorosas. El tratamien-

to está basado en analgésicos por vía oral, rectal o intramuscular, 3 a 4 veces al día. Cuando se sospeche que la paciente pueda estar en trabajo de parto y para diferenciarlo del falso trabajo, se pueden administrar cada media hora por 2 a 3 dosis, dependiendo de la repuesta; si los dolores persisten, es posible de que se trate de trabajo verdadero. Si las contracciones se presentan con una frecuencia tal, que hagan sospechar el inicio de un trabajo de parto pretérmino, se debe iniciar la terapia específica (ver cap. 25).

Sensación de peso en hipogastrio

Es otro motivo de consulta frecuente, debido al peso del útero sobre los ligamentos de la pelvis y la pared abdominal. También es frecuente la sensación de desgarramiento en la línea media del pubis cuando la embarazada se trata de parar debido a la distensión de los ligamentos de la sínfisis púbica. Es un síntoma frecuente de la multipara embarazada que está criando un hijo pequeño, con el que pasa la mayor parte del tiempo en una posición de flexión de la columna para poder atenderlo, ocasionando presión sobre el abdomen. En estos casos se debe recomendar evitar estas posiciones y si tiene que inclinarse para cargar al niño, es preferible que se ponga de cuclillas y mantenga la columna en posición erecta. Esta medida también es de utilidad en los casos de los dolores lumbares ya mencionados.

Dolor en fosas ilíacas

El dolor en el trayecto de los ligamentos redondos, generalmente el izquierdo, se debe a la tracción que ejerce el útero dextrorrotado por el sigmoideas. Es un síntoma muy frecuente de los primeros meses de la gestación y tiende a desaparecer a medida que progresa el embarazo. El uso de analgésicos convencionales, en los casos rebeldes, es la única medida de ayuda aunque, en la mayoría de los casos, informar a la paciente que es un síntoma común y sin significado patológico es suficiente.

MANIFESTACIONES CÁRDIORESPIRATORIAS

Al inicio del embarazo y por efecto de la progesterona sobre el centro respiratorio pueden ocurrir episodios de disnea que ceden espontáneamente y no tienen significado patológico. En los últimos dos meses, la embarazada tiende a presentar dificultad respiratoria durante el ejercicio moderado o el reposo en posición de decúbito dorsal. Este es un síntoma pasajero y se debe a que el útero aumentado de tamaño empuja las vísceras hacia el diafragma lo cual interfiere con los movimientos respiratorios. El problema se hace mayor en casos de feto voluminoso, hidramnios y embarazo múltiple y, usualmente, se obtiene mejoría si se limita la actividad y se adopta la posición de decúbito lateral con varias almohadas al dormir (Milne et al, 1978).

La palpitación es un síntoma común de los últimos meses de la gestación y en su etiología influyen los mismos mecanismos ya descritos para los trastornos respiratorios, asociado al aumento del gasto cardíaco por el efecto de cortocircuito arterio-venoso que ejerce la placenta. Las medidas descritas para el tratamiento de la disnea también son útiles en el manejo de la palpitación, aunque si el problema persiste o es severo se debe consultar con el cardiólogo para descartar una patología.

MANIFESTACIONES MAMARIAS

La mastodinia que aparece precozmente en el embarazo es producida por el efecto de los estrógenos sobre los ductos mamarios y de la progesterona sobre el sistema alveolar, con la consecuente congestión y aumento del tamaño de las glándulas mamarias. El síntoma mejora con el progreso de la gestación y es más frecuente en primigrávidas y en mujeres con mamas voluminosas. No existe un tratamiento específico para este síntoma, aunque mejora con el uso de un sostén que brinde un buen soporte. La secreción de calostro, ocasionada por el aumento de la prolactina, es un síntoma frecuente del final de la gestación, aunque se puede presentar desde etapas precoces y no tiene tratamiento (Andersen, 1982).

ANTOJOS

Es un síntoma muy popular, que ocurre sobre todo al comienzo del embarazo, generalmente por ciertos alimentos y más raramente por objetos poco comunes. Constituye motivo de gracia que la pareja disfruta pero, en ciertos casos, puede ser patológico y tener consecuencias psicológicas importantes si el deseo no es complacido; así mismo, el objeto o alimento deseado puede ser perjudicial como lo es la ingestión de pinturas, jabones, frutas no maduras, etc. El tratamiento de los casos severos es psiquiátrico.

CONCLUSIONES

El embarazo es un estado fisiológico de la mujer donde existen cambios hormonales y mecánicos que provocan síntomas que no son comunes en el estado no grávido. La intensidad de los síntomas está en relación directa con la importancia que la embarazada le dé a éstos, si el embarazo es o no deseado, de la condición emocional durante la gestación, los problemas de estrés de la vida moderna, de la situación matrimonial, etc.

La gran mayoría de ellos se solucionan explicándole a la embarazada que estos cambios son normales y que desaparecen en los meses que siguen al parto. Es importante

explicarle el mecanismo de porqué está presentando estos signos y síntomas. Si el médico le dice que es normal, sin darle una explicación del por qué, usualmente molesta a la paciente y la hace creer que el médico no le está prestando la debida atención o que puede estar dejando pasar por alto un síntoma que puede ser importante para su bienestar. Algunos de estos cambios pueden ser importantes y requieren de una terapia específica por el mismo obstetra o por otro especialista.

REFERENCIAS

- Alfaro-Lefreve R, Blicharz ME, Flynn NM, Boter MJ. Drug handbook: a nursing process approach. Reading: Addison-Wesley, 1992.
- Andersen JR. Prolactin in amniotic fluid and maternal serum during uncomplicated human pregnancy: a review. *Dan Med Bull* 1982; 29(6):266-74.
- Bassey OO. Pregnancy heartburn in Nigerians and Caucasians with theories about etiology based on manometric recordings from the esophagus and stomach. *Br J Obstet Gynaecol* 1977; 84(6):439-43.
- Davey CM. Factors associated with the occurrence of striae gravidarum. *J Obstet Gynecol Br Commonw* 1972; 79(12):1113-4.
- Depue RH, Bernstein L, Ross RK, Judd JL, Henderson BE. Hyperemesis gravidarum in relation to estradiol levels, pregnancy outcome, and other maternal factors: a socioepidemiologic study. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156(5):1137-41.
- Erick M. Nausea and vomiting in pregnancy. *ACOG Clinical Review* 1997; 2:1-15.
- Everson GT. Gastrointestinal motility in pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 1992; 21(4):751-76.
- Goodwin TM, Mestman J. Transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum. *Contemp Obstet Gynecol* 1996, 41:65-70.
- Heckman JD, Sassard R. Musculoskeletal considerations in pregnancy [see comment]. *J Bone Joint Surg* 1994; 76(11):1720-30. Comment in: *J Bone Joint Surg* 1995; 77(9):1465.
- Jarson D, Raiburn WF. Gestational heartburn: what role for medications?. *Contemp Obstet Gynecol* 1993; 41:95-9.
- Kimbrough-Green CK, Griffiths CE, Finkel LH, Hamilton TA, Bulengo-Ransby SM, Ellis CN, et al. Topical retinoic acid (tretinoin) for melasma in black patients. A vehicle-controlled clinical trial. *Arch Dermatol* 1994; 130(6):727-33.
- Kois JM, Phelan ST. Hair loss in women. *Prim Care Update Obstet Gynecol* 1994; 1:130-7.
- Lewis J, Weingold AB. The use of gastrointestinal drugs during pregnancy and lactation. *Am J Gastroenterol* 1985; 80(11):912-23.

- Llosif S, Ingemarsson I, Ulmsten U. Urodynamic studies in normal pregnancy and the puerperium. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 137(6):696-700.
- MacLennan CE. Antecubital and femoral venous pressure in normal and toxemic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 45:658-60.
- Macy C. Psychological factors in nausea and vomiting in pregnancy: a review. *J Reprod Infant Psychol* 1986; 4:23-9.
- Milne JS, Howie AD, Pack AI. Dyspnea during normal pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1978; 85:260-5.
- Monaco JE. Orthopedic considerations in pregnancy. *Prim Care Update Obstet Gynecol* 1996; 3:197-9.
- Mukherjee J, Jong A, Wu MY, Tsim YL. Leg cramps in pregnancy and calcium supplement. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;(Supp167:2); 76:89.
- Olans LB, Wolf JL. Gastroesophageal reflux in pregnancy. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1994; 4(4):699-712.
- Orvieto R, Achiron A, Ben Rafael Z, Gelernter I, Achiron R. Low-back pain of pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73(3):209-14.
- Ostgaard HC, Zetherstrom G, Roos-Hansson E, Svanberg B. Reduction of back pain and posterior pelvic in pregnancy. *Spine* 1994; 19(8):894-900.
- Wong RC, Ellis CN. Physiologic skin changes in pregnancy. *Semin Dermatol* 1989; 8(1):7-11.

