

Consumo de paracetamol durante la gestación[☆]



Consumption of paracetamol during pregnancy

Sr. Editor:

Los estudios epidemiológicos más recientes refieren un consumo de paracetamol entre mujeres embarazadas del 65%¹. Aunque se sabe que el paracetamol atraviesa la placenta humana, no hay evidencia de complicaciones en fetos de modelos animales, considerándose un fármaco seguro durante el embarazo². Por ello, es el tratamiento analgésico de primera línea en embarazadas. Sin embargo, existen publicaciones que han encontrado asociación entre el consumo de paracetamol en embarazadas y el desarrollo de trastorno de déficit de atención e hiperactividad y desórdenes del espectro autista³, asma⁴, criptorquidia⁵ o cierre del ductus arterioso en el feto⁶. Haciendo alusión a las complicaciones neonatales se han comunicado casos de recién nacidos con insuficiencia cardiaca e hipertensión pulmonar, en los que se observó exposición intraútero a paracetamol y cierre del ductus durante la vida fetal. Allegaert et al. revisaron una serie de casos en octubre de 2018, concluyendo que esta relación causal es probable⁶, ya que el paracetamol ha demostrado ser un fármaco eficaz para producir el cierre terapéutico del ductus arterioso persistente en los recién nacidos prematuros.

El objetivo del presente estudio fue describir el consumo de paracetamol de las mujeres embarazadas en nuestro medio, así como el conocimiento que estas tienen sobre los posibles efectos colaterales del fármaco sobre el feto. En segundo lugar se pretende analizar qué miembro del personal sanitario ofreció esta información.

Se diseñó un estudio prospectivo basado en la recogida de información utilizando una encuesta dirigida a las púerperas ingresadas durante un periodo de 3 meses.

Fueron cumplimentadas 900 encuestas (93% de las púerperas ingresadas en el periodo de estudio). La mayor parte de las encuestadas tenía nivel de estudios universitarios (55,5%). El consumo de paracetamol durante la gestación fue de 67,4% de las encuestadas, siendo levemente superior al reportado en la literatura. La mayoría (99%) consumió la dosis terapéutica (< 4 g/día) y casi la mitad de ellas (45,7%) durante un mínimo intervalo de tiempo (menos de 3 días). El motivo de prescripción más frecuente fue la cefalea (fig. 1) y el consumo de la dosis máxima diaria ≥ 4 g/día se realizó en casos de cefalea (50% de casos), cuadro catarral (33,3%) u odontalgia (16,7%). La distribución del consumo de paracetamol en los diferentes trimestres de embarazo fue similar, 12,5% de gestantes lo consumió durante 2 trimestres y un 21,5% durante todo el embarazo.

La prescripción la indicó en la mayoría de casos el médico de atención primaria (39%) o el ginecólogo (37%) (fig. 2). Respecto al conocimiento del fármaco el 26% de las gestantes pensaba que el consumo de paracetamol no tenía efectos

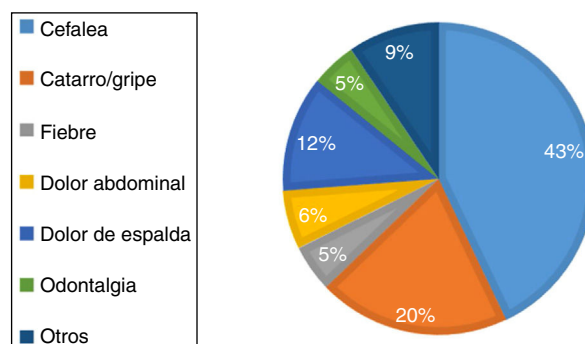


Figura 1 Motivos de consumo de paracetamol entre las embarazadas.

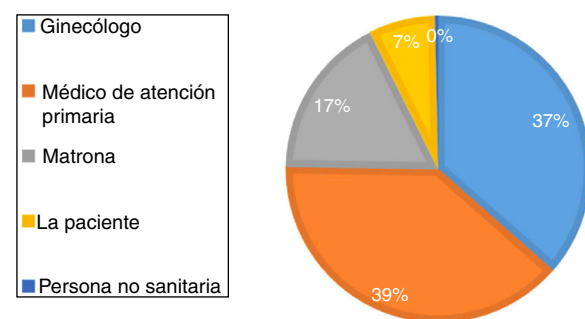


Figura 2 Quién realizó la indicación del consumo de paracetamol.

sobre el feto. El 51,9% de las embarazadas había recibido información de un profesional sanitario sobre los efectos del paracetamol. De las gestantes que habían sido informadas el 74% manifestó que la información recibida indicaba que el consumo de paracetamol no asociaba riesgos para el feto. Este estudio refleja la situación actual, tanto del consumo de paracetamol en la embarazada como de la forma de transmitir la información por parte de los sanitarios, en un área metropolitana de nivel cultural medio-alto.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, el hecho de que el nivel de estudios de la población encuestada fuera universitario en la mayoría de los casos, hace que los resultados puedan no ser generalizables a la población general. Sin embargo, la alta tasa de respuesta de la encuesta hace que la muestra sea representativa de la población estudiada. Por otro lado, las preguntas de la encuesta analizan información retrospectiva, pudiendo incurrir en sesgo de memoria. Tampoco se incidió en el tiempo durante el cual se consumió la dosis máxima de paracetamol. El estudio de la evolución de los recién nacidos nunca fue objetivo de este trabajo. No obstante, sería relevante realizar un estudio con adecuado diseño sobre la seguridad de la prescripción de paracetamol durante la gestación, ya que la evidencia actual es escasa.

En conclusión, el consumo de paracetamol entre las embarazadas de nuestro medio es mayor del reportado en la literatura, y la información facilitada a las gestantes sobre los potenciales efectos secundarios o la dosis que se considera segura es insuficiente. En tanto no se disponga de un mayor nivel de evidencia sobre su seguridad, se deben elaborar estrategias de educación sanitaria poblacional que

[☆] Presentación previa en el XXVII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal, VII Congreso de Enfermería Neonatal. Madrid, octubre de 2019.

garanticen la información suficiente y faciliten la búsqueda de alternativas que inviten al uso juicioso de este fármaco para regular su consumo durante el embarazo.

Bibliografía

1. Bandoli G, Palmsten K, Chambers C. Acetaminophen use in pregnancy: Examining prevalence, timing and indication of use in a prospective birth cohort. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2019;00:1–10.
2. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Publications Committee. Prenatal acetaminophen use and outcomes in children. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216:B14–5.
3. Masarwa R, Levine H, Gorelik E, Reif S, Perlman A, Matok I. Prenatal Exposure to Acetaminophen and Risk for Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Autistic Spectrum Disorder: A Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression Analysis of Cohort Studies. *Am J Epidemiol.* 2019;187:1817–27.
4. Cheelo M, Lodge CJ, Dharmage SC, Simpson JA, Matheson M, Heinrich J, et al. Paracetamol exposure in pregnancy and early childhood and development of childhood asthma: A systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child.* 2015;100:81–9.
5. Jensen MS, Rebordosa C, Thulstrup AM, Toft G, Sørensen HT, Bonde JP, et al. Maternal use of acetaminophen, ibuprofen, and acetylsalicylic acid during pregnancy and risk of cryptorchidism. *Epidemiology.* 2010;21:779–85.
6. Allegaert K, Mian P, Lapillonne A, van den Anker JN. Maternal paracetamol intake and fetal ductus arteriosus constriction or closure: A case series analysis. *Br J Clin Pharmacol.* 2019;85:245–51.

Beatriz Castillo Barrio^{a,*}, María Carmen Bravo Laguna^a,
María de la Calle Fernández^b y Adelina Pellicer Martínez^a

^a Neonatología, Hospital La Paz, Madrid, España

^b Obstetricia, Hospital La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bea.castillo.barrio@gmail.com
(B. Castillo Barrio).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.12.016>
1695-4033/

© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Efecto de la vulnerabilidad urbana en la prevalencia de obesidad infantil en Sevilla



Effect of urban vulnerability on the prevalence of infant obesity in Seville

Sr. Editor:

El aumento de la prevalencia mundial de obesidad infantil está generando un problema de salud pública que precisa medidas políticas sociosanitarias urgentes¹. El inicio de la obesidad en la infancia prolonga el número de años que las personas están bajo los efectos de este factor de riesgo para múltiples comorbilidades, y puede comprometer en un futuro la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos¹.

Diversos estudios han evidenciado la asociación entre obesidad infantil y el nivel socioeconómico (NSE), basándose en la profesión, desempleo, educación o NSE de las áreas de residencia^{2,3}. El objetivo de este estudio es analizar la asociación y el efecto de la vulnerabilidad socioeconómica de los barrios sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares de educación primaria de Sevilla.

La fuente de datos principal fue la base de datos proporcionada por el Observatorio de la Salud del Ayuntamiento de Sevilla, utilizada para su informe de obesidad infantil en el año 2017⁴. Se trata de un estudio transversal sobre la población de referencia de los 45.377 escolares de educación primaria matriculados en los 161 centros educativos de la ciudad de Sevilla (curso 2015/2016). Los centros escolares se estratificaron según un índice sintético socioeconómico del barrio donde se encontraban y se seleccionaron mediante

muestreo aleatorizado simple (n=13). Las aulas se eligieron mediante la misma técnica de muestreo, respetando las cuotas proporcionales del alumnado poblacional por curso. La muestra final quedó configurada por 2.320 escolares de 6 a 12 años, a los que se determinaron peso, talla e índice de masa corporal.

La variable dependiente utilizada en el estudio actual fue la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil calculada mediante las referencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dado que son las referencias que mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil obtienen^{4,5}. Las variables independientes fueron edad, sexo y nivel de vulnerabilidad urbana de los barrios de los centros escolares. La fuente de datos utilizada para esta última variable fue el *Catálogo de Barrios Vulnerables*⁶, que clasifica la vulnerabilidad urbana de los barrios de las ciudades españolas en 4 niveles basándose en el desempleo, nivel de estudios y estado de las viviendas.

Se realizaron análisis bivariantes entre las variables independientes edad, sexo y vulnerabilidad urbana, y las variables dependientes obesidad y/o sobrepeso mediante el test χ^2 , fijándose el nivel de significación estadística en $p < 0,05$. Se realizaron modelos de regresión logística con las variables dependientes obesidad y sobrepeso, mediante los que se calcularon valores *odds ratios* crudas y ajustadas con las 3 variables independientes y sus intervalos de confianza al 95%. El programa estadístico empleado fue R, versión 3.5.1.

El informe en el que se basa el actual estudio⁴ concluye que la prevalencia de exceso de peso en los escolares de primaria de Sevilla es del 41,6%, usando las referencias de la OMS (obesidad: 15,3% y sobrepeso: 26,3%). Según los resultados de nuestro trabajo, 6 de los 13 centros escolares incluidos están situados en barrios vulnerables. La preva-