



MEDICAMENTOS Y EMBARAZO: PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

En este número:

MEDICAMENTOS Y EMBARAZO: PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES

- INTRODUCCIÓN
- CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE TERATOGENIA
- MEDICAMENTOS MAS UTILIZADOS Y SU POTENCIAL TERATÓGENO:
 - APARATO DIGESTIVO
 - ANEMIA Y ESTADOS CARENCIALES
 - PATOLOGÍA INFECCIOSA
 - SISTEMA NERVIOSO
 - PATOLOGÍA CRÓNICA
 - OTRAS PATOLOGÍAS
- RECOMENDACIONES GENERALES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente un 80% de las mujeres embarazadas están expuestas a algún medicamento durante la gestación. Muchas pacientes son reacias a tomar medicamentos durante el embarazo. Sin embargo, hay muchas situaciones (epilepsia, SIDA, ...) en las que el riesgo que supone la enfermedad no tratada o mal controlada es mayor que el de continuar con el tratamiento. Aunque se estima que sólo un 2-3% de los neonatos presentan anomalías congénitas, y sólo un 2-5% de éstas se atribuyen al consumo de fármacos, muchas de ellas pueden prevenirse.

Es necesario considerar que los cambios fisiológicos propios de la gestación (aumento de volumen plasmático, incremento del aclaramiento renal, etc) pueden afectar los parámetros farmacocinéticos de los medicamentos, alterando su eficacia y su toxicidad, tanto para la madre como para el feto. Por otro lado aparecen otros compartimentos (placenta y órganos fetales) que también pueden modificar la respuesta farmacológica.

Los medicamentos pueden dañar al feto en cualquier momento del embarazo, aunque el período de mayor riesgo es el primer trimestre. Entre la concepción y la implantación el efecto puede ser de muerte del embrión o supervivencia sin daño, el embrión no está diferenciado, sus células son totipotente, pudiendo multiplicarse y sustituir aquellas que se hubiesen perdido. Durante la fase embrionaria (desde el día 20 al 55) tiene lugar la formación de la mayoría de los órganos, por lo que existe más posibilidad de que un medicamento induzca anomalías estructurales sobre el feto, que son las malformaciones morfológicas más importantes. Desde la 8ª semana hasta el parto, los fármacos pueden afectar el crecimiento y desarrollo funcional del feto, originar anomalías morfológicas menos graves, e inducir complicaciones en el parto.

Para disminuir la aparición de efectos teratogénos el prescriptor ha de decidir si es imprescindible tratar la enfermedad, conocer los medicamentos más seguros, su dosis eficaz y mejor vía de administración, teniendo en cuenta también la edad gestacional. Es importante advertir a la paciente sobre los riesgos de la automedicación, por muy inocua que pueda parecer.

No existe la medicina basada en la evidencia en la utilización de medicamentos durante el embarazo; la información disponible proviene en su mayoría de estudios en animales y los estudios epidemiológicos tienen muchas limitaciones. Las publicaciones disponibles son revisiones, ya que por razones éticas no se realizan ensayos clínicos en embarazadas.

Para realizar una prescripción basándose en esta clasificación hay que tener en cuenta que los estudios en animales son orientativos, pero no totalmente extrapolables a la especie humana. Por ejemplo, la talidomida no demostró ser un agente teratogénico en los ensayos realizados en roedores, y actualmente está contraindicada en el embarazo. Además, los estudios en embarazadas suelen ser retrospectivos, ya que éticamente no es posible realizar ensayos clínicos de nuevos fármacos; por ello se dispone de más experiencia clínica con los fármacos más antiguos (3-5).

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE TERATOGENIA

Existen varios sistemas de clasificación del riesgo de los medicamentos en el embarazo, entre ellos el más extendido es el de la Food and Drug Administration (FDA). Este sistema establece para los medicamentos 5 categorías de riesgo (A, B, C, D, X) en función de los datos disponibles en humanos y animales. Este sistema a pesar de ser el más extendido, presenta ciertas deficiencias, es por esto, que desde 1997 la FDA está desarrollando una nueva regulación que cambiara las categorías de letras por descripciones más detalladas, que incluyan información sobre fertilidad, embarazo y lactancia.

CATEGORÍA A	Fármacos que no han demostrado un riesgo para el feto durante el primer trimestre, y no existe evidencia de riesgo en trimestres posteriores, por lo que la posibilidad de teratogénesis parece remota.
CATEGORÍA B	Fármacos cuyos estudios animales no han demostrado riesgo de malformaciones, pero no hay estudios en humanos. Fármacos que han mostrado un efecto teratogéno en animales, pero los estudios en mujeres embarazadas no han demostrado este efecto.
CATEGORÍA C	Fármacos cuyos estudios animales han revelado efectos teratogénos sobre el feto y no existan datos en mujeres. Fármacos en los que no existen estudios disponibles ni en mujeres ni en animales. Se debe restringir su uso a situaciones donde no hay alternativas más seguras
CATEGORÍA D	Fármacos para los que existe una clara evidencia de riesgo teratogéno. Se puede considerar su uso en determinadas enfermedades cuando el beneficio de utilizarlos supera al riesgo.
CATEGORÍA X	Fármacos de los que se disponen de pruebas de riesgo fetal. El riesgo de utilizarlos supera el beneficio potencial. Totalmente contraindicados en el embarazo.

MEDICAMENTOS MÁS UTILIZADOS Y SU POTENCIAL TERATÓGENO

APARATO DIGESTIVO

NÁUSEAS, VÓMITOS E HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

- **Comenzar con medidas no farmacológicas:** comidas frecuentes y poco abundantes para no sobrecargar el estómago, rica en glúcidos y pobre en grasas, evitando olores o texturas que puedan causar vómitos. Si las náuseas aparecen sólo por la mañana se recomienda reposo antes de levantarse, también se recomienda el reposo postprandial. Es importante prevenir la aparición de hiperémesis gravídica.
- Entre los fármacos más seguros caben destacar:
 - **Vitamina B6 con doxilamina:** propuesto por algunos autores como antiemético de elección se considera una alternativa relativamente segura.
 - **Antihistamínicos H₁:** entre ellos la **Meclozina**, no ha demostrado ser teratogéno en humanos, y el **Dimenhidrinato** es también una alternativa bastante segura, aunque no debe utilizarse al final de la gestación ya que puede provocar bradicardia fetal y posible rotura uterina. Entre los antihistamínicos de estructura fenotiazinica (alternativa de los anteriores) la **prometazina** es el más seguro, reservando la **tietilperazina** para casos resistentes.
 - **Metoclopramida:** es la última alternativa puesto que parece provocar reacciones extrapiramidales en mujeres jóvenes. Los datos sobre eficacia y seguridad parecen limitados.

Fármacos empleados y clasificación:

Vit B6 con dioxilamina - B

Meclozina - B

Dimenhidrinato - B

Prometazina - C

Tietilperazina - C

Metoclopramida - B

DISPESIA Y PIROSIS

- **Comenzar con medidas no farmacológicas:** excluir alimentos y hábitos que empeoren los síntomas (grasas, chocolate, alcohol, café, té, especias picantes y cigarrillos), realizar comidas ligeras y frecuentes, y no comer antes de acostarse.
- El tratamiento farmacológico de elección son los **antiácidos orales no absorbibles: hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio o magaldrato** (si existe tendencia al estreñimiento) y **algamato**. Se recomienda evitar su uso excesivo y prolongado e iniciar el tratamiento después del primer trimestre.
- También es seguro el uso de **sucralfato**, ya que se absorbe muy poco en el tracto gastrointestinal.
- Los **antiulcerosos: cimetidina, ranitidina y omeprazol**, se consideran menos seguros que los antiácidos y el sucralfato. De ellos, el omeprazol es menos seguro que los anti H2.
- Se desaconseja el bicarbonato sódico por el riesgo de alcalosis metabólica y retención de líquidos.
- Está contraindicado el uso de misoprostol por aumentar el tono uterino y riesgo de aborto.

Fármacos empleados y clasificación:

Hidroxido de aluminio - B
Hidroxido de magnesio - A (D)
Magaldrato - B
Almagato - B
Sucralfato - B
Cimetidina - B
Ranitidina - B
Omeprazol - C

ESTREÑIMIENTO

- **Comenzar con medidas no farmacológicas:** aumentar la ingesta de líquidos, fruta fresca, vegetales y alimentos ricos en fibra, realizar ejercicio físico evitar medicamentos que puedan causar estreñimiento (p. Ej. antiácidos con aluminio).
- El tratamiento farmacológico de elección son los **laxantes formadores de bolo: metilcelulosa, plantago ovata**, ya que prácticamente no se absorben. Durante su administración ha de ingerirse suficiente cantidad de líquido para evitar una posible obstrucción. También pueden administrarse **laxantes osmóticos (lactulosa)**.
- Si el abordaje no es suficiente también pueden utilizarse los **laxantes estimulantes: senosidos A y B, bisacodilo y glicerina**, pero deben utilizarse en periodos cortos y deben evitarse al final del embarazo por riesgo de producir contracciones y parto prematuros.
- Se desaconseja el uso de agentes lubricantes (parafina líquida o aceite mineral) ya que puede disminuir la absorción materna de vitaminas liposolubles provocando hipoprotrombinemia y hemorragia neonatal.
- Todos los laxantes deben emplearse durante **periodos cortos de tiempo**.

Fármacos empleados y clasificación:

Metilcelulosa -B
Plantago ovata - *
Lactuosa - B
Senosidos A y B - C
Bisacodilo - B
Glicerina - C

HEMORROIDES

- **Comenzar con medidas no farmacológicas:** evitar el estreñimiento adoptando medidas higiénico- dietéticas y tomar baños de asiento.
- Los protectores: **calamina, aceite de hígado de bacalao, glicerina en solución acuosa, oxido de zinc**, etc son por su eficacia y seguridad, el tratamiento de elección en embarazadas. Algunos autores también proponen emplear una crema suavizante que contenga un astringente moderado (por ejemplo extracto de Hammamelis).
- **Los antihemorroidales tópicos se pueden considerar seguros**, porque solo pasan al torrente sanguíneo en pequeñas cantidades, aunque es difícil establecer el riesgo teratógeno de principios activos asociados. **Se deben administrar con precaución**.
- Los **anestésicos locales y corticoides tópicos sólo deben emplearse** si son necesarios y durante el menor tiempo posible (ver clasificación de hirocortisona en rinitis, urticaria y reacciones alérgicas).
- En embarazadas, no deberían administrarse ni supositorios ni otros preparados intrarectales.

Fármacos empleados y clasificación:

Protectores -*
Antihemorroidales tópicos - *
Anestésicos locales - *
Corticoides tópicos - *

HIERRO

- La conveniencia de administrar suplementos de hierro de forma rutinaria a gestantes que presenten anemia (hemoglobina inferior a 11g/100ml), es un tema controvertido. Hay que evitar administrarlos durante el primer trimestre puesto que no se sabe su seguridad en este periodo. Parece razonable tratar a partir del segundo trimestre, la anemia ferropénica severa con síntomas clínicos.
- El fármaco de elección es el sulfato ferroso en ayunas, por su eficacia y bajo coste.

Fármacos empleados y clasificación:

Sulfato ferroso - *

ACIDO FÓLICO

- La administración de **ácido fólico** antes del embarazo reduce el número de niños con defectos en el tubo neural hasta un 75%. Según las recomendaciones del Ministerio de Sanidad y consumo (MSC), debería tomarse suplemento de ácido fólico desde el momento que se planifica la gestación (al menos **4 semanas antes de la concepción**) y mantenerse durante los **3 primeros meses de embarazo**.
- La dosis usual recomendada es de 400mcg/día excepto en mujeres con antecedentes del tubo neural o epilépticas, en las que la dosis es de 5 mg/día.

Fármacos empleados y clasificación:

Ácido fólico - A

YODO, VITAMINAS Y MINERALES

- Las necesidades mínimas de **yodo** en el embarazo y la lactancia son de 250-300 mcg/día, su deficiencia afecta la función tiroidea de madre y niño, y al desarrollo cerebral de este último. **La mejor estrategia para prevenir este déficit es el consumo habitual de sal yodada y pescado marino.**
- **No hay evidencias** que demuestren la efectividad de suplementos de **vitaminas A, D o de magnesio y zinc**, dosis mayores de 700mcg/día de vit A pueden ser teratógenas. Solo algunos grupos de mujeres con alto riesgo (adolescentes, vegetarianas estrictas, consumidoras de sustancias de abuso y en caso de embarazos múltiples), pueden beneficiarse de ellos.

Fármacos empleados y clasificación:

Yodo -*

Vitamina A - (X)

Vitamina D - A(D)

Magnesio - *

Zinc - *

PATOLOGÍA INFECCIOSA

TOS Y RESFRIADO

- **Tos:** Por la naturaleza autolimitante de la tos y la controvertida eficacia de los medicamentos, se aconseja administrar **jarabe simple o miel**. Los derivados opiáceos pueden, potencialmente, afectar al desarrollo del feto y la mayoría de los expectorantes se consideran ineficaces. La codeína puede producir síndrome de abstinencia en neonatos si se toma prolongadamente al final del embarazo.
- **Resfriado común:** La mayoría de los preparados destinados a mejorar los síntomas de los resfriados contienen un simpaticomimético descongestionante, y/o un antihistamínico, un analgésico, un expectorantes y/o mucolíticos. No existen evidencias de que estos preparados sean teratógenos, pero tampoco se ha demostrado su seguridad. Si se requiere el alivio de los síntomas se puede usar **paracetamol**.

Fármacos empleados y clasificación:

Paracetamol - B

Codeína - C

INFECCIONES

- **Penicilinas y cefalosporinas no son teratógenos y se consideran medicamentos seguros.** Los **macrólidos** y los **lincosánidos** (clindamicina y lincomicina), son **relativamente seguros**. Se recomienda la eritromicina frente a claritromicina y azitromicina .
Aminoglucósidos, tetraciclinas, fluorquinolonas y trimetoprim están **contraindicados** en el embarazo.
- Las infecciones del tracto urinario son las más frecuentes durante el embarazo:
 - La **bacteriuria asintomática** debe tratarse para reducir el riesgo de pielonefritis, parto pretérmino y bajo peso del niño al nacer. El tratamiento recomendado es **amoxicilina-clavulánico o cefalosporina de 1ª generación durante 7 días**.
 - La **vaginosis bacteriana** sólo se debe tratar en embarazadas con alto riesgo de parto pretérmino. El tratamiento recomendado es **metronidazol o clindamicina durante 7 días**. Los datos existentes no apoyan el uso de agentes tópicos durante el embarazo.
 - La **candidiasis vaginal** debe tratarse con un **imidazol tópico durante 7 días (clotrimazol tiene mayor experiencia de uso)**. No se ha establecido la eficacia y seguridad del tratamiento oral en el embarazo.
- Están **contraindicadas las vacunas de microorganismos vivos atenuados**. Como medida de precaución, **no se deben administrar vacunas inactivadas en el primer trimestre de gestación**. Las vacunas **antitetánica y antidiftérica sí están indicadas en gestantes susceptibles**.

Fármacos empleados y clasificación:

Penicilina - B
Cefalosporinas - B
Clindamicina - B
Lincomicina - B
Claritromicina - C
Azitromicina - B
Eritronidazol - B
Metronidazol - B
Clotrimazol - B

SISTEMA NERVIOSO

INSOMNIO, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

- **Insomnio y ansiedad:** En caso de tratamiento farmacológico , este debe ser lo más corto y a la **dosis más baja posible**. El uso de **benzodiazepinas** durante el primer trimestre se ha relacionado con labio leporino y otros defectos del paladar. Durante el tercer trimestre pueden provocar depresión respiratoria, hipotonía, somnolencia y síndrome de abstinencia en el recién nacido. Por ello, **sólo se deben administrar cuando sean estrictamente necesarias**. Se ha propuesto el uso de **benzodiazepinas de acción corta** para tratar el **insomnio (oxazepam y temazepam)**. En **trastorno de ansiedad:** es preferible la psicoterapia o los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (**ISRS**) .
- **Depresión:** En **depresión leve** es preferible optar por **apoyo psicológico**. En **depresión moderada a grave** se pueden utilizar **antidepresivos tricíclicos (ATC) amitriptilina e imipramina** han sido los ATC más utilizados durante el embarazo. **Los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS)** no han demostrado efectos teratógenos graves, se consideran como alternativa para el tratamiento en embarazadas con tendencias suicidas. **Fluoxetina** es el fármaco del que mayor información se dispone. Se puede producir síndrome de abstinencia en los recién nacidos de madres en tratamiento con ISRS (sobre todo con paroxetina) y ATC al final del embarazo.
- En líneas generales no está indicado el uso rutinario de hipnóticos ansiolíticos y /o antidepresivos . Si es necesario, utilizar aquellos con más experiencia .

Fármacos empleados y clasificación:

Oxazepam - D
Temazepam - X
Fluoxetina - B
Amipramina - C
Imipramina - B
Paroxetina - B

EPILEPSIA

- Es preferible la **monoterapia** con las dosis eficaces más bajas posibles. La politerapia aumenta el riesgo de malformaciones fetales. Si el paciente está bien controlado, no es necesario cambiar el tratamiento que recibía antes del embarazo.
- Se recomienda un **suplemento de ácido fólico de 5 mg/día** en mujeres epilépticas, desde al menos un mes antes de la concepción y durante el primer trimestre como mínimo, a pesar de que la utilidad de dosis altas en mujeres epilépticas no está bien establecida.

Fármacos empleados y clasificación:

Acido fólico - B

ASMA

- El asma mal controlado, comporta un aumento del riesgo de hipertensión arterial gestacional, preeclampsia, hiperemesis gravídica, hemorragia vaginal o parto inducido o complicado. Es importante el uso de medicación para obtener un buen control de la enfermedad, siempre y cuando sea necesario.
- Se recomienda **salbutamol** y **terbutalina** como β_2 -agonista de acción corta. Como β_2 -agonista de larga duración se prefiere **salmeterol** por tener más experiencia de uso. De entre los corticoides inhalados **budesonida**. La mayor parte de los corticoides están clasificados como C por la FDA.
- No existen datos de seguridad sobre el **bromuro de ipratropio**, se puede utilizar en asma agudo **cuando no respondan a agonistas beta 2**.
- Las **teofilinas** están en **desuso** y requieren una monitorización adecuada, por lo que no se recomienda su uso.
- No hay datos de seguridad con **montelukast**, **zafirlukast** y **nedocromilo**. Su uso estaría solo justificado en mujeres asmáticas que antes del embarazo solo se controlaban adecuadamente con estos medicamentos.

Fármacos empleados y clasificación:

- Salbutamol - C**
- Terbutalina - B**
- Salmeterol - C**
- Budesonida - B**
- Bromuro de ipratropio - B**
- Teofilina - C**
- Montelukast - B**
- Zafirlukast - B**
- Nedocromilio - B**

DIABETES

- La diabetes no tratada comporta riesgos para la madre como para el recién nacido
- Si las medidas nutricionales no son suficientes, es de elección la **insulina humana**.
- Los antidiabéticos orales (biguanidas y metformina), han demostrado ser teratógenos en animales. Con los nuevos productos (acarbosea, repaglinida, nateglinida y rosiglitazona), no hay experiencia suficiente, no obstante, publicaciones recientes indican que el uso de **glibenclamida** en la diabetes gestacional como alternativa a la insulina parece seguro (no atraviesa la placenta) y que **metformina** podría usarse en circunstancias especiales, como resistencia severa a la insulina.

Fármacos empleados y clasificación:

- Insulina humana - B**
- Glibenclamida - B**
- Metformina - B**

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

- En embarazadas con hipertensión leve-moderada, por debajo de 150-160/100-110mm Hg. Se debería interrumpir el tratamiento con antihipertensivos ya que puede comportar un riesgo, y se recomienda evitar su uso durante el primer trimestre.
- En caso de tener que utilizar terapia antihipertensiva el tratamiento de elección en HTA moderada es la **metildopa**, ya que no se ha detectado teratogenia por su administración.
- En segunda línea se encuentran los **bloqueantes β adrenérgicos** (principalmente atenolol y metoprolol) en HTA moderada. Se recomienda no administrarlos durante el primer trimestre, ya que pueden producir retraso en el crecimiento fetal. Igualmente, sería conveniente, si es posible, interrumpir el tratamiento unos días antes del parto para reducir la posible bradicardia fetal y efectos adversos sobre la contracción uterina. Tanto metildopa como los bloqueantes β adrenérgicos reducen el riesgo de HTA grave, pero no la aparición de preeclampsia.
- Los **calcioantagonistas**, de los que disponemos de pocos datos, **se desaconsejan** de una forma rutinaria, sobre todo en el tercer trimestre ya que pueden inhibir o retrasar el parto. Los **IECAS** están totalmente **contraindicados** durante el embarazo.
- Los diuréticos** también se desaconsejan, porque no han demostrado claramente ser beneficiosos. Solo estaría indicado, según algunos autores, para tratar **HTA asociada a insuficiencia ventricular izquierda o edema de pulmón**.
- La **hidralazina** se ha utilizado en el **tratamiento de crisis HTA graves y preeclampsia**. **No debería utilizarse antes del tercer trimestre**. Su uso durante el embarazo presenta 2 inconvenientes: sus efectos adversos pueden confundirse con una eclampsia inminente y puede acumularse causando hipotensión.
- El **urapidilo** y el **nitroprusiato** constituye la **última alternativa en el tratamiento de las crisis HTA graves**. **Urapidilo** produce una disminución de la presión arterial de manera más gradual, que nitroprusiato. En cualquier caso, puesto que en la disminución brusca de los niveles de presión arterial puede ocasionar riesgo para el feto, la dosificación de ambos fármacos deberá incrementarse poco a poco.
- Para la **prevención de la eclampsia**: dosis bajas de **aas** (50 a 75mg) o suplementos de **calcio** (1 g diario).

Fármacos empleados y clasificación:

- Metildopa - B**
- Atenolol - C**
- Metoprolol - C**
- Hidralazina - C**
- Urapidilo - B**
- Nitroprusiato - C**
- Aas - D**
- Suplementos de calcio - A(D)**

RINITIS, URTICARIA Y REACCIONES ALÉRGICAS

- **En rinitis: Loratadina y cetirizina** son los antihistamínicos de elección en el embarazo. Como descongestionante es preferible usar uno nasal tópico, como **oximetazolina**, a orales que pueden producir efectos teratógenos durante el primer trimestre.
- **En urticaria y reacciones alérgicas:** utilizar **corticoides tópicos de baja potencia (acetato de hidrocortisona)**, ya que debido a su escasa absorción pueden considerarse seguros, debe evitarse su uso en zonas extensas y durante periodos prolongados de tiempo. También se pueden utilizar **antihistamínicos** como **dexclorfeniramina**, **loratidina** y **cetirizina**.

Fármacos empleados y clasificación:

Loratadina - B
Cetirizina - b
Oximetazolina - C
Hidrocortisona - B
Dexclorfeniramina - B
Loratadina - B
Cetirizina - B

DOLOR AGUDO Y FIEBRE

- Tratamiento de elección: **paracetamol**.
- El uso de **AINE** debe reservarse a un **segundo escalón**, aunque no hayan demostrado efectos teratógenos, debe evitarse administrarlos durante periodos largos de tiempo. De entre ellos, el **ibuprofeno** es el mejor estudiado y como alternativa a este se puede utilizar el diclofenaco. Evitar el uso de metamizol, puesto que no se disponen de muchos datos sobre él.
- **El ácido acetilsalicílico:** ha sido muy utilizado y no se han observado malformaciones fetales a dosis terapéuticas. **Se desaconseja su utilización** por los efectos adversos que pueda inducir sobre la función plaquetaria y la hemostasis, con un aumento del riesgo de hemorragias tanto para la madre como para el feto. La administración de AAS, especialmente en las últimas semanas de gestación puede retardar el parto y ocasionar cierre prematuro del ductus arterioso. **Indometacina y naproxeno se desaconsejan** porque pueden causar el cierre prematuro del ductus arteriosus.
- No se dispone de la suficiente experiencia con los triptanes. En caso de **migrañas** persistentes y repetitivas que no respondan a paracetamol o los AINES recomendados, se puede considerar hacer **profilaxis** con un beta bloqueante como el **propranolol**.
- Paracetamol y codeína.

Fármacos empleados y clasificación:

Paracetamol - B
Ibuprofeno - B/D³
Diclofenaco - B/D³

MELASMA

- **No se aconseja tratar esta situación**, porque normalmente desaparece pocos meses después del parto, y es una situación benigna.
- Si se decide tratar se puede emplear una crema de hidroquinona (2-4%), y treonina (0,025-0,1%) asociadas a fotoprotectores de elevado factor de protección (30)

Fármacos empleados y clasificación:

Crema de Hidroquinona y Treonina - C

CALAMBRES NOCTURNOS

- Los calambres nocturnos de las extremidades inferiores son muy comunes en embarazadas, especialmente en el tercer trimestre de gestación.
- Se recomienda masaje en la zona afectada o realizar ejercicios de estiramiento varias veces al día.
No existen evidencias de que los tratamientos farmacológicos sean eficaces, por lo que se aconseja no utilizarlos durante la gestación.

Fármacos empleados y clasificación:

Siglas: * = sin clasificar por FDA
 () = a altas dosis.
 Superíndice^{1,2,3}= primero, segundo y tercer trimestre

- El mayor riesgo de embriotoxicidad se produce antes de que la mujer advierta que está embarazada y acuda a la visita médica, por lo que son importantes las medidas educativas y preventivas. Por ello, **el riesgo teratogénico debe considerarse en cualquier mujer en edad fértil.**
- El miedo a la acción teratogénica de los fármacos no debe impedir el tratamiento adecuado de la embarazada, por lo que debe **valorarse individualmente el beneficio/riesgo** estableciendo claramente la necesidad de tratar la enfermedad, ya que algunas enfermedades no tratadas (p.ej. diabetes) pueden ser tan peligrosas para el feto como la administración de ciertos medicamentos.
- Prescribir medicamentos **sólo cuando sea necesario**; en algunos casos pueden ser efectivas medidas no farmacológicas. Además debe considerarse en tratamiento tópico antes que el sistémico.
- **Utilizar preferentemente aquellos medicamentos sobre los que se disponga de mayor experiencia clínica**, evitando los teratógenos e intentando evitar en lo posible los fármacos de reciente comercialización.
- Prescribir la **mínima dosis terapéutica eficaz y durante el menor tiempo posible**, teniendo en cuenta las variaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas inherentes a la gestación, a la hora de ajustar la dosis.
- **Evitar la prescripción de preparados con múltiples principios activos en su composición**, ya que es difícil valorar la posible potenciación de efectos teratogénicos.
- **Usar el menor número de fármacos porque algunos teratógenos han demostrado efecto sinérgico.** Considerar que en principio **ningún medicamento es totalmente inocuo**, ni siquiera los preparados tópicos.

BIBLIOGRAFIA

1. Welsh Medicines Resource Centre. Prescribing in pregnancy. WeMeReC Bulletin. 2000;7(3): 1-5.
2. Rubio Barbón S et al. Utilización de fármacos durante el embarazo y la lactancia. Farm Hosp. 1993; 17:3-24.
3. US food and drug administration. Office of women's Health. list of pregnancy registries. Disponible en: <http://www.fda.gov/cder/guidance/326fnl.pdf>
4. Estivill i Palleja E. Tratamiento farmacológico en la mujer gestante. Farm Clin 1993; 10:206-14.
5. National Guideline Clearinghouse. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Nausea and vomiting of pregnancy. Obstet Gynecol. 2004; 103(4):803-15.
7. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs in Pregnancy and Lactation. 6th. Baltimore: Williams and Wilkins; 2002.
8. INFAC. Medicamentos y embarazo: motivos de consulta frecuente. 2005; volumen13-n1.
9. Nikfar S, Abdollahi M, Moretti ME, Magee LA, Koren G. Use of Proton Pump inhibitors During Pregnancy and Rates of Major Malformations. A Meta-Analysis. Digestive Diseases and Sciences. 2002;47(7):1526-9.
10. Butlletí d'informació terapèutica. vol18,num2.2005.
11. Jewell DJ, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK; John Wiley & Sons, Ltd.
12. Madrdeijos R, Tomás R. Medicamentos y embarazo. FMC. 2004;11(10):651-61.
13. Pérez
14. Lapido OA. Nutrition in pregnancy: mineral and vitamin supplements. Am J Clin Nutr. 2000;72(suppl):280S-90S.
15. Arena J, Emparanza JI, Espada M, Urtiaga J, Collado V, Gómez P y otros. Déficit nutricional de yodo en la embarazada. Salud Pública-Osasan Publikoa. Boletín Epidemiológico de la CAPV. 2002; nºba14:11-2..
16. Sociedad Andaluza de Epilepsia. Recomendaciones terapéuticas en epilepsia de la Sociedad Andaluza de Epilepsia 2004. Disponible en: <http://cvu.rediris.es/pub/bscw.cgi/d562346/SADE04>.
17. Ward RK, Zamorski MA. Benefits and Risks of Psychiatric Medications During Pregnancy. Am Fam Physician. 2002;66:629-36.
18. Sanz EJ, De las Cuevas C, Kiuru A, Bate A, Edwards R. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome. A database analysis. Lancet. 2005;365:482-7.
19. NAEPP: Working Group Report on Managing Asthma During Pregnancy: Recommendations for Pharmacologic Treatment. Update 2004. NIH Publication No. 05-3279. U.S. Department of Health and Human Services; National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute, January 2005. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/hbp.preg.htm>
20. American Diabetes Association. Gestational Diabetes Mellitus Diabetes Care. 2004;27(Suppl 1):S86-S90.
21. Koren G. Breakthrough in treating gestational diabetes mellitus. Canadian Fam Physician. 2004;50:987-9.
22. Simmons D, Walters BNJ, Rowan JA, McIntyre HD. Metformin therapy and diabetes in pregnancy. MJA 2004;180:462-4.
23. Health National Heart, Lung and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program: Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. Bethesda, MD: NHLBI; 2000. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/lung/asthma/astpreg.htm>.
24. Health National Heart, Lung and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7). Bethesda MD. NIH Publication No. 04-5230. U.S. Department of Health and Human Services; National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute, August 2004. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm>.
25. Ferrer RI, Mulrow CD. What if my hypertensive patient becomes pregnant? In: Mulrow Cynthia D. Evidence-Based Hypertension. London: BMJ Publishing Group; 2001.p.211-31.
26. Managing high blood pressure in pregnancy. Drug Ther Bull 1993; 31:53-6.
27. Lee A et al. Cardiovascular and blood disorders during pregnancy: part 1. Pharm J 1995; 254:24-7.
28. Lourwood DL. Treatment of chronic diseases during pregnancy. Am Pharm 1995;35(6):16-24.
29. Gifford RW et al. The Fifth Report of the Joint National Committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC V). Arch Intern Med 1993; 153:154-83.
30. Gallery EDM. Hypertension in Pregnancy. Practical Management Recommendations. Drugs 1995; 49:555-62.

Comité de redacción: Juan Carlos Ruiz Ramírez, Eduardo Salas Martín, Francisco Sánchez Rodríguez, María Ángeles Ariza Copado.
 Edita: Gerencias de Atención Primaria de Murcia, Cartagena y Lorca. Servicio Murciano de Salud.

El boletín de información farmacoterapéutica es una publicación dirigida y abierta a los profesionales sanitarios de A. Primaria de la Región de Murcia, cuyo objetivo es proporcionar información objetiva y contrastada sobre medicamentos, bajo la supervisión de las Comisiones de Uso Racional del Medicamento. Cualquier profesional interesado en enviar su correspondencia, trabajos y/o sugerencias, puede dirigirse a las Unidades de Farmacia de las Gerencias de A. Primaria de Murcia, Cartagena y Lorca. Depósito Legal: 1817-2006