

Algoritmo de tratamiento farmacológico de los trastornos comunes durante el embarazo

(diciembre, 2022)

CONSIDERACIONES GENERALES		RIESGO POTENCIAL DE TERATOGENIA (*)
NAÚSEAS Y VÓMITOS	Piridoxina (vitamina B6)	
	Puede aliviar en las etapas iniciales de la gestación, incluso antes de la fecundación, pudiendo prevenir la aparición de hiperémesis gravídica (13,19,20).	(1): piridoxina.
	Antihistamínicos H1	
	La doxilamina en combinación con piridoxina constituye la primera línea de tratamiento. Los antihistamínicos han demostrado su eficacia y no han mostrado efectos adversos sobre el feto ni sobre la madre (13, 21).	(2): difenhidramina, dimenhidrinato. (ND): doxilamina.
	Antagonistas dopaminérgicos	
	La metoclopramida puede producir efectos extrapiramidales, en determinadas mujeres. Debe evitarse al final del embarazo por riesgo de síndrome extrapiramidal en el recién nacido. La domperidona estimula la secreción de prolactina en la hipófisis por lo que, durante el embarazo, debe valorarse la relación beneficio/riesgo (12, 21).	(2): metoclopramida. (ND): domperidona.
	Agonista del receptor 5-HT3	
	Utilizar con precaución por posibles efectos adversos cardiacos y por la asociación con malformaciones orofaciales, especialmente cuando se toman en el primer trimestre del embarazo (12, 13, 22)	(2): granisetron, ondansetrón, palonosetrón.
PIROSIS Y ARDOR EPIGÁSTRICO	Antiácidos y alginatos	
	Se consideran tratamiento de primera línea por su eficacia y seguridad en la mayoría de las mujeres con pirosis, siendo los alginatos los que inducen un alivio más rápido y duradero (20, 23). No se recomienda el tratamiento con bicarbonato sódico (22,23).	(2): bicarbonato sódico, carbonato cálcico, hidróxido de magnesio, óxido de magnesio. (ND): hidróxido de aluminio.
	Antagonistas dopaminérgicos	
	La metoclopramida puede mejorar los síntomas del reflujo gástrico al promover el vaciamiento gástrico, mejorar la eliminación de ácido y aumentar la presión del esfínter esofágico (23).	(2): metoclopramida.
	Antihistamínicos H2	
	Aunque no se han descrito efectos teratogénicos (26), no se recomienda su uso durante el embarazo (22).	(2): famotidina.
	Inhibidores de la bomba de protones (IBP)	
	Los datos en embarazadas son limitados y por ello solo deben usarse cuando no existe respuesta a los tratamientos previos (22, 23). La mayoría de los IBP parecen seguros durante el embarazo, sin embargo, el rabeprazol está contraindicado en ficha técnica durante el embarazo (22).	(2): esomeprazol, lansoprazol, omeprazol, pantoprazol, rabeprazol.
(*) Clasificación Micromedex® (1): Riesgo fetal mínimo. (2): No puede excluirse riesgo fetal. (3): Puede causar riesgo fetal. (4): Daño fetal demostrado. (5): Contraindicado. (ND): Información no disponible.		

	CONSIDERACIONES GENERALES	RIESGO POTENCIAL DE TERATOGENIA (*)
ESTREÑIMIENTO	Laxantes formadores de bolo	
	La exposición sistémica es insignificante y no se conoce el riesgo fetal (22).	(ND): agar, plantago ovata.
	Laxantes osmóticos	
	La exposición sistémica es insignificante y no se conoce el riesgo fetal (22, 27).	(2): glicerina, lactitol, lactulosa, macrogol.
	Laxantes lubricantes	
	Pueden disminuir la absorción de vitaminas liposolubles (A, E, D y K) y de algunos medicamentos orales. El uso prolongado puede producir hipoprotinemia y enfermedad hemorrágica en el neonato, por lo que su uso debe valorarse individualmente (22, 28).	(2): parafina.
Laxantes estimulantes		
No están recomendados durante el embarazo: cáscara sagrada, que puede producir genotoxicidad; picosulfato de sodio, por su posible toxicidad embriofetal; senósidos o sen, que pueden producir toxicidad reproductiva; y, el aceite de ricino por las contracciones uterinas que pueden inducir el parto (22).	(1): sen. (2): aceite de ricino. (ND): cáscara sagrada, docusato sódico, picosulfato sódico.	
HEMORROIDES	Tratamiento local	
	Se incluyen cremas, ungüentos o supositorios que contienen anestésicos, antiinflamatorios y corticoesteroides, solos o en combinación (33). No se ha evaluado la seguridad de los antihemorroidales tópicos durante el embarazo. A pesar de que se usan a bajas dosis y su absorción sistémica es limitada, se deberían reservar para casos en los que el beneficio potencial fuera superior al posible riesgo para el feto o el recién nacido (1, 22).	(2): acetónido de fluocinolona, benzocaína, hidrocortisona, lidocaína, tetracaína. (3): triamcinolona. (ND): beclometasona (tópico), prednisolona (tópico).
	Flebotónicos (flavonoides)	
Algunos ensayos realizados con rutósidos (troxerutina) han mostrado mejoría significativa. No obstante, no se recomienda por la falta de evidencia sobre su seguridad (34)	(ND): troxerutina.	
ANEMIA FERROPÉNICA	Hierro oral	
	Las sales ferrosas (fumarato, sulfato y gluconato) muestran mejor absorción y biodisponibilidad que las sales férricas (proteinsuccinilato de hierro y ferrimanitol ovoalbúmina) (35).	(2): gluconato hierro, hierro (II) sulfato. (ND): ferrimanitol ovoalbúmina, ferroglicina sulfato, proteinsuccinilato de hierro,
	Hierro intravenoso	
La terapia intravenosa está indicada, a partir del segundo trimestre, en aquellas mujeres con intolerancia o que no responden a los preparados orales. Por el contrario, está contraindicado en aquellas mujeres con antecedentes de anafilaxia o reacciones graves al hierro parenteral (35)	(2): hierro carboximaltosa, hierro sacarosa.	
(*) Clasificación Micromedex® (1): Riesgo fetal mínimo. (2): No puede excluirse riesgo fetal. (3): Puede causar riesgo fetal. (4): Daño fetal demostrado. (5): Contraindicado. (ND): Información no disponible.		

	CONSIDERACIONES GENERALES	RIESGO POTENCIAL DE TERATOGENIA (*)
DOLOR	Paracetamol	
	Es el analgésico de elección, y se recomienda utilizarlo a la mínima dosis eficaz y el menor tiempo posible. Aunque atraviesa la placenta, se considera un fármaco seguro y es ampliamente utilizado para el dolor y la fiebre (38), si bien investigaciones recientes sugieren una asociación entre su uso y alteraciones del neurodesarrollo, reproductivas y urogenitales (39).	(2): paracetamol.
	Antinflamatorios no esteroideos (AINE)	
	Pueden usarse, cuando sea preciso, con una duración máxima de una semana, por su efecto reductor del líquido amniótico (38). Su perfil de seguridad depende del momento, la dosis y la duración de la exposición (22). Durante el primer y segundo trimestre, pueden provocar aborto espontáneo, malformaciones cardíacas y gastroquiasis, estando contraindicados a partir de la semana 30 por el riesgo de cierre del ductus, oligohidramnios fetal y anomalías hemostáticas (38).	(2): fenilbutazona, ibuprofeno, indometacina, ketorolaco, meloxicam. (4): ácido mefenámico, celecoxib, diclofenaco, ketoprofeno, nabumetona, naproxeno, piroxicam. (5): aceclofenaco, etoricoxib, tenoxicam. (ND): ácido niflúmico, dexibuprofeno, dexketoprofeno, lornoxicam, parecoxib.
	Metamizol	
No existe evidencia clínica suficiente para recomendar su utilización durante el embarazo (1).	(2): metamizol.	
INSOMNIO	Opioides	
	No son de elección para tratar el dolor leve a moderado y no son efectivos para todos los tipos de dolor. Los opioides pueden atravesar rápidamente la placenta y la barrera hematoencefálica; y el embarazo puede alterar su farmacocinética. Una exposición prolongada a opioides incrementa el riesgo del síndrome de abstinencia neonatal. Los opioides solo se deberían usar durante el embarazo cuando los beneficios superen los posibles riesgos y durante un tiempo corto (38, 22).	(2): alfentanilo, remifentanilo, sufentanilo. (3): buprenorfina, fentanilo, hidromorfona, metadona, tapentadol, tramadol. (4): codeína, morfina, oxicodona. (ND): petidina.
	Melatonina	
	Existe escasa evidencia sobre su uso durante el embarazo. Atraviesa la placenta y puede tener influencia sobre el desarrollo de los ritmos circadianos (45).	(2): melatonina.
	Antihistamínicos	
La mayoría de los estudios están enfocados al tratamiento de náuseas y vómitos, lo que puede confundir los resultados. La difenhidramina atraviesa la barrera placentaria, por ello no debe administrarse durante el primer y último trimestre del embarazo (22). La exposición a dimenhidrinato durante las dos últimas semanas de embarazo se asocia a la posible aparición de fibroplasia retrolenticular en niños prematuros, por lo que sólo se debe usar cuando los beneficios superen los posibles riesgos (22, 45).	(2): difenhidramina, dimenhidrinato.	
Benzodiazepinas e hipnóticos-Z		
Una revisión sistemática encontró que la exposición a las benzodiazepinas hipnóticas e hipnóticos-Z durante el embarazo no se asoció a un mayor riesgo de malformaciones congénitas, pero mostró un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y corta edad gestacional. El uso continuado durante el embarazo puede producir en el neonato: hipotermia, hipotonía, hipotensión y disminución de la función respiratoria y, de manera ocasional, síntomas de abstinencia. Las benzodiazepinas deben evitarse durante el embarazo a menos que no exista una alternativa más segura, ya que el sistema de metabolización fetal no está desarrollado (22, 47, 48).	(2): alprazolam, bromazepam, brotizolam, clobazam, clonazepam, clordiazepóxido, diazepam, lorazepam, midazolam, nitrazepam, triazolam, zolpidem. (4): quazepam, zopiclona. (5): temazepam. (ND): clorazepato, flunitrazepam, flurazepam, ketazolam, loprazolam, lormetazepam, oxazepam.	
(*) Clasificación Micromedex® (1): Riesgo fetal mínimo. (2): No puede excluirse riesgo fetal. (3): Puede causar riesgo fetal. (4): Daño fetal demostrado. (5): Contraindicado. (ND): Información no disponible.		

	CONSIDERACIONES GENERALES	RIESGO POTENCIAL DE TERATOGENIA (*)
CALAMBRES EN LAS PIERNAS	Magnesio	
	Una revisión sistemática <i>Cochrane</i> con 3 ensayos clínicos (193 embarazadas) encontró una alta heterogeneidad en los resultados (50).	(2): magnesio.
	Calcio	
	No ha mostrado una reducción consistente en la frecuencia y alivio de síntomas, lo que impide hacer conclusiones sobre su efectividad (50)	(2): calcio.
CALAMBRES EN LAS PIERNAS	Vitaminas	
	La evidencia sobre el papel de la suplementación con vitaminas (B, C y D) sobre los calambres nocturnos se sustenta en pocos estudios, realizados en un bajo número de embarazadas, que impide concluir si son eficaces para reducir la frecuencia o los síntomas de los calambres en embarazadas (50, 51).	(1): piridoxina, tiamina. (2): colecalciferol, ergocalciferol, ácido ascórbico.
VACUNAS	Gripe: Vaxigrip Tetra® y Flucelvax Tetra®	
	Tosferina: Boostrix®	
	Covid-19: vacuna bivalente Comirnaty Original/Ómicron BA.4-5 RTU (56,62).	
(*) Clasificación Micromedex® (1): Riesgo fetal mínimo. (2): No puede excluirse riesgo fetal. (3): Puede causar riesgo fetal. (4): Daño fetal demostrado. (5): Contraindicado. (ND): Información no disponible.		

Bibliografía:

- Consultar: Tratamiento de los trastornos comunes durante el embarazo. [Bol Ter Andal. 2022;37\(2\):11-20.](#)