



USO DE MEDICAMENTOS EN EL EMBARAZO

SUMARIO

- ▶ INTRODUCCIÓN
- ▶ FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS EN EMBARAZO
- ▶ RECOMENDACIONES DE USO DE MEDICAMENTOS EN EL EMBARAZO
 - Anemia y estados carenciales
 - Patología digestiva
 - Infecciones y vacunas
 - Parasitosis
 - Patología neurológica y psiquiátrica
 - Otras patologías:
 - Dolor
 - Migraña
 - Urticaria y rinitis alérgica
 - Asma
 - Diabetes mellitus
 - Hipertensión
 - Tabaquismo
 - Trastornos tiroideos
 - Calambres en las piernas
 - Venas varicosas



INTRODUCCIÓN

El uso de fármacos en el embarazo es frecuente para el control de patologías crónicas o agudas. La mayoría de las embarazadas recurren a ellos tanto por prescripción médica, como por automedicación.

Los diversos sistemas de clasificación o categorías de riesgo en el embarazo difieren a la hora de asignar un potencial efecto teratogénico a un medicamento, hecho que genera confusión y limita su utilidad. Es por ello que se recomienda consultar más de una fuente de referencia y tener en cuenta, además, que la información sobre la seguridad de un medicamento en el embarazo puede variar con el tiempo, por lo que se deben evitar listas cerradas de medicamentos “seguros”^{1,2}.

Antes de prescribir un fármaco a una embarazada debe realizarse una valoración individualizada que tenga en cuenta su relación beneficio-riesgo, las alternativas y las consecuencias de no administrarlo³. Además, hay que considerar el riesgo teratogénico basal o poblacional, que se recogía en el INFAC “[Fármacos y teratogenicidad](#)” publicado en el año 2019⁴.

Los principios generales de prescripción en el embarazo se pueden consultar en el INFAC “[Medicamentos y embarazo](#)” publicado en el año 2013⁵.

El objetivo del presente boletín es actualizar la información sobre el uso de los medicamentos recomendados para las patologías más prevalentes durante el embarazo.

FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS EN EMBARAZO

- [Centro de Información de Medicamentos \(CIMA\)](#) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, con acceso a las fichas técnicas de los medicamentos autorizados.
- [Micromedex](#) contiene monografías de medicamentos con un apartado específico de seguridad en el embarazo; está disponible en la intranet de Osakidetza.
- [Specialist Pharmacy Service](#) del National Health Service (NHS) del Reino Unido. Proporciona asesoramiento a los profesionales de la salud sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia.
- [BUMPS \(Best Use of Medicines in Pregnancy\)](#) del National Health Service del Reino Unido. Es un servicio de información teratogénica sobre medicamentos para profesionales y ciudadanía.
- [Drugs use during pregnancy or breastfeeding](#) de American Society of Health-System Pharmacists es una base de datos que incluye un apartado específico de información sobre uso de medicamentos en embarazo y lactancia.
- [Drugs in pregnancy and breastfeeding \(Perinatology®\)](#) es una página Web que enlaza con otras fuentes de información sobre medicamentos en embarazo y lactancia.
- [Le Crat \(Centre de Référence sur les Agents Tératogènes\)](#) es una base de datos de los hospitales públicos de París, con recomendaciones sobre embarazo y lactancia.
- [Medications during pregnancy and breastfeeding \(Mothertobaby®\)](#) coordinada por la Organization of Teratology Information Specialists (OTIS) de EE. UU. y Canadá. Contiene hojas informativas para usuarias sobre exposición a medicamentos durante el embarazo y la lactancia; disponibles también en castellano.
- Para más información sobre el riesgo teratogénico de un medicamento concreto, los profesionales sanitarios pueden consultar al Centro Vasco de Información de Medicamentos (CEVIME) en la siguiente dirección de correo electrónico: cevime4-san@euskadi.eus

ANEMIA Y ESTADOS CARENCIALES

HIERRO	– Es fundamental distinguir la anemia por deficiencia de hierro de la anemia fisiológica del embarazo, por lo que no se debe ofrecer sistemáticamente suplementación con hierro a todas las embarazadas⁶. – El sulfato ferroso es el fármaco de elección. Es preferible tomarlo en ayunas para facilitar su absorción y no debe tomarse con té, leche o café^{7,8}. – El hierro intravenoso se reserva para casos de intolerancia al hierro oral o anemia grave y debe evitarse su uso en el primer trimestre del embarazo^{6,8}.
ÁCIDO FÓLICO	– La suplementación con ácido fólico un mes antes y durante los tres primeros meses después de la concepción reduce el riesgo de defectos del tubo neural^{2,7}. La dosis recomendada es de 0,4 mg/día^{2,7-10}. – En mujeres con antecedentes personales o familiares de defectos del tubo neural, diabéticas, obesas y epilépticas con tratamiento anticonvulsivante, la dosis es de 5 mg/día. Se recomienda comenzar 3 meses antes de la concepción y continuar durante los 3 primeros meses del embarazo^{7,9}.
VITAMINA B12	– Las necesidades de vitamina B12 aumentan mucho durante el embarazo, por lo que su déficit es muy común y niveles más bajos de los habituales pueden ser fisiológicos⁸. – Solo se debería considerar la suplementación con vitamina B12 en caso de sospecha fundada de que el déficit sea debido a una causa subyacente o porque la embarazada sea vegetariana o vegana^{9,11}.
YODO	– La suplementación universal con yodo en nuestro entorno no está justificada, ya que con el contenido en la dieta que aportan la sal, la leche y los derivados lácteos se cubren las cantidades diarias recomendadas^{9,12}. – En el caso de gestantes con ingesta insuficiente en la dieta, se puede indicar un suplemento de 200 mcg/día de yoduro potásico^{7,9,13}.
OTRAS VITAMINAS Y MINERALES	– Los aportes obtenidos con una dieta equilibrada suelen ser suficientes para cubrir las necesidades de vitaminas y minerales de la mayoría de las mujeres durante el embarazo, por lo que no se recomienda la suplementación farmacológica sistemática. – Vitamina A: riesgo de efecto teratogénico en el primer trimestre de embarazo. Límite superior de ingesta: 10.000 UI/día (aproximadamente 3.000 mcg/día)⁹. – Vitamina D: monitorizar solo si existen factores de riesgo de deficiencia. Es importante asegurar una ingesta de, al menos, 600 UI/día^{7,9}. – Calcio: las necesidades son 1.000-1.300 mg/día en el primer trimestre, dependiendo de la edad y 2.500 mg/día en el segundo y tercer trimestre^{7,9}. – Otros minerales: no hay estudios adecuados para hacer recomendaciones sobre los suplementos de magnesio, zinc y selenio⁹.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

Recomendaciones generales:

- Para evitar las molestias digestivas durante el embarazo se recomiendan intervenciones no farmacológicas. Las náuseas y vómitos se pueden prevenir evitando la exposición a olores, a alimentos grasos o picantes. Puede ser útil comer pequeñas cantidades de alimentos varias veces al día y beber líquidos entre las comidas^{1,14-15}.
- Para prevenir la dispepsia y pirosis se recomienda evitar las comidas copiosas, comer despacio masticando bien los alimentos, no comer durante las 4 horas previas a acostarse, elevar la cabecera de la cama y

disminuir los alimentos ácidos (cítricos, tomates, café, etc.) o picantes. Igualmente, se recomienda no beber alcohol y no fumar^{1,16}.

- El estreñimiento es una situación frecuente, sobre todo en los últimos meses de gestación. Para evitarlo es recomendable aumentar la ingesta de líquidos y de alimentos ricos en fibra, así como realizar ejercicio físico^{1,2,15,17}.
- En cuanto a las hemorroides, también se recomienda aumentar la ingesta de fibra, de líquidos y la actividad física. Son aconsejables los baños de asiento con agua tibia 2 o 3 veces al día, lavarse con agua fría y jabón después de cada deposición y evitar la permanencia prolongada en el inodoro^{1,18}.

NÁUSEAS Y VÓMITOS	– El tratamiento temprano de las náuseas y vómitos puede evitar la progresión a hiperémesis gravídica¹. – El tratamiento farmacológico de elección es la asociación de piridoxina y doxilamina^{2,19}. – Difenhidramina o dimenhidrinato también se consideran seguros^{14,19}. – En casos más graves y si la situación no mejora, se puede usar metoclopramida. La dosis máxima diaria recomendada es de 30 mg durante un máximo de 5 días. Se debe evitar al final del embarazo porque puede producir síndrome extrapiramidal en el recién nacido^{1,2,20}. – Ondansetrón no está indicado en mujeres embarazadas y su uso debe evitarse, especialmente durante el primer trimestre de gestación^{1,2,21}.
--------------------------	---

DISPEPSIA Y PIROSIS	– El tratamiento farmacológico de elección son los antiácidos no absorbibles (hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio) y los alginatos (almagato, magaldrato)^{1,2,16}. – Entre los inhibidores de la bomba de protones, omeprazol es el que tiene mayor experiencia de uso. Rabeprazol está contraindicado^{2,20}. – A pesar de que en ficha técnica no se recomienda el empleo de famotidina, deben sopesarse sus potenciales beneficios frente a los posibles riesgos que conlleva^{16,20,22}. – No se recomienda el bicarbonato sódico debido al riesgo de alcalosis metabólica y retención de líquidos^{5,16}.
----------------------------	---

ESTREÑIMIENTO	– El tratamiento farmacológico de elección son los laxantes formadores de bolo (<i>Plantago ovata</i>, metilcelulosa, salvado de trigo) ya que no se absorben^{2,17}. Como alternativa, el uso ocasional de hidróxido de magnesio, lactulosa, macrogol o bisacodilo se considera seguro². También se pueden utilizar de forma puntual supositorios de glicerina^{2,17}. – Los laxantes estimulantes (sen, aceite de ricino, cáscara sagrada, etc.) no están recomendados por su toxicidad embriofetal. Tampoco es aconsejable el uso de enemas salinos o parafrínicos^{2,5}.
----------------------	---

HEMORROIDES	– Los antihemorroidales tópicos (anestésicos locales, antiinflamatorios o corticosteroides) deben usarse con precaución porque faltan datos sobre su eficacia y seguridad a largo plazo^{18,23}.
--------------------	---

INFECCIONES Y VACUNAS

Recomendaciones generales de uso de antiinfecciosos²⁴:

- El uso de antibióticos durante el primer trimestre del embarazo tiene mayor probabilidad de causar defectos congénitos graves.
- **Penicilinas, cefalosporinas y fosfomicina**: son seguras durante el embarazo.
- **Macrólidos**: se deben usar con extrema precaución, ya que los estudios han demostrado un riesgo potencial de aborto espontáneo y defectos congénitos importantes.
- **Aminoglucósidos**: se han asociado con nefrotoxicidad y ototoxicidad; en general, deben evitarse, excepto en infecciones graves en las que no se dispone de otras alternativas.
- **Tetraciclinas**: no se recomienda su uso ya que pueden provocar tinción de los dientes y efectos en el crecimiento óseo fetal.
- **Fluoroquinolonas**: en general, deben evitarse debido a nefrotoxicidad, defectos cardíacos y toxicidad sobre el SNC del feto.

- **Trimetoprim/sulfametoxazol:** solamente se acepta su uso en ausencia de alternativas terapéuticas más seguras, pudiéndose considerar necesario un suplemento con dosis elevadas de **ác. fólico** (de hasta 4 o 5 mg/día) para reducir el riesgo de defectos congénitos del tubo neural.

RESFRIADO COMÚN Y GRIPE ²⁵	– Se recomiendan medidas higiénico-dietéticas y evitar el tratamiento farmacológico. – En caso de dolor o fiebre se puede usar paracetamol. – No usar vasoconstrictores nasales.
FARINGO-AMIGDALITIS BACTERIANA ²⁵	– Los antibióticos de elección son fenoximetilpenicilina y amoxicilina.
INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ^{26,27}	– La infección urinaria es especialmente importante en el embarazo ya que lleva asociados riesgos para la madre y el feto. – Se recomienda el cribado de la bacteriuria asintomática (BA) en la visita del primer trimestre (12-14 semanas), y en caso de ser positivo, tratarla para evitar riesgos de pielonefritis, parto prematuro y bajo peso al nacer. – La cistitis en el embarazo se considera una infección complicada. Es recomendable recoger muestra de urocultivo antes de iniciar el tratamiento empírico, para confirmar el diagnóstico. – El tratamiento empírico de elección tanto para la BA como para la cistitis es fosfomicina trometamol 3 g en dosis única.
VAGINOSIS BACTERIANA ^{25,28,29}	– Se recomienda tratar únicamente a las embarazadas con síntomas. – No existe evidencia suficiente que sustente el cribado y tratamiento rutinario en mujeres asintomáticas. Sin embargo, aquellas con riesgo de parto prematuro por haber presentado al menos un parto prematuro previo, podrían beneficiarse del tratamiento. – El tratamiento recomendado es metronidazol; como alternativa, clindamicina oral o vaginal (esta última no recomendada en el primer trimestre).
CANDIDIASIS VAGINAL ²⁹	– Se recomienda el tratamiento, solo en mujeres sintomáticas, con clotrimazol crema o comprimido vaginal. – Durante las últimas 4 o 6 semanas del embarazo es preferible utilizar comprimidos vaginales para evitar el uso de aplicador de la crema vaginal.
VACUNAS ³⁰	Las vacunas recomendadas en el embarazo son: – Gripe: Se recomienda la vacunación a todas las embarazadas, en cualquier periodo de gestación. – Difteria-tétanos-tosferina: se recomienda la vacunación en cada embarazo, con independencia del estado de inmunización previo, a partir de la semana 27 (preferentemente entre la 27 y 36), pudiendo vacunarse a partir de la semana 20, si existe riesgo de parto prematuro. – Covid-19 (ARN mensajero): se recomienda la vacunación a todas las embarazadas en cualquier trimestre de la gestación e independientemente del número de dosis recibidas anteriormente. – Las vacunas de virus vivos están contraindicadas en el embarazo, ya que implican un riesgo potencial para la madre y el feto.

PARASITOSIS

PEDICULOSIS ^{2,31}	– El tratamiento de elección es la eliminación mecánica de piojos y liendres (lenderas) o el uso de lociones de siliconas. – En casos de resistencia o fallo del tratamiento inicial, se puede considerar el uso de permetrina 1% y piretrina con butóxido de piperonilo.
------------------------------------	---

SARNA ^{22,32}	– La crema de permetrina 5% es el tratamiento de elección. – La loción de benzoato de bencilo 25% y la pomada de azufre 6% se consideran tratamientos de segunda línea. La información sobre el uso de la pomada de azufre en el embarazo es más limitada, aunque parece segura. – Si el tratamiento dérmico no es adecuado o no es suficiente, la ivermectina oral puede utilizarse en cualquier momento del embarazo en una sola dosis, pudiendo repetirse una semana después, si es necesario.
OXIUROS ³³	– Aplicar medidas higiénicas. Al no ser una patología grave, si se puede retrasar el tratamiento farmacológico, es mejor hacerlo después del parto. – El pamoato de pirantel es preferible al mebendazol o albendazol para el tratamiento de la enterobiasis sintomática en mujeres embarazadas.

PATOLOGÍA NEUROLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA

INSOMNIO Y ANSIEDAD	– El abordaje del insomnio y la ansiedad durante el embarazo se basa en medidas no farmacológicas². – El uso de benzodiazepinas e hipnóticos Z se asocia a mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer. En cualquier caso, las benzodiazepinas deben evitarse sobre todo en el primer trimestre del embarazo y en etapas avanzadas pueden provocar hipotonía neonatal, síndrome de retirada, sedación e hipotermia^{1,34}. En caso necesario, la benzodiazepina de elección es lorazepam. Evitar flurazepam y triazolam³⁵. – El uso de doxilamina y difenhidramina puede ser una opción para el tratamiento del insomnio en cualquier trimestre del embarazo³⁴. – Existe escasa evidencia sobre el uso de melatonina durante el embarazo¹. – Tampoco existe evidencia suficiente sobre eficacia y seguridad de determinados suplementos dietéticos, tisanas o acupuntura que permita establecer recomendaciones sobre su uso^{1,34-35}.
DEPRESIÓN	– La depresión sin tratar y los síntomas depresivos en la madre se han asociado a retraso grave en el crecimiento fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, menor circunferencia craneal y bajas puntuaciones en el test de Apgar³⁵. – En casos leves, la primera opción de tratamiento es el abordaje no farmacológico con psicoterapia². Sin embargo, si la paciente ya está en tratamiento farmacológico, el riesgo de su interrupción, cambio de medicamento o reducción de dosis, debe ser cuidadosamente valorado debido al riesgo de recaídas³⁶. – Los ISRS son los antidepresivos indicados y no hay ninguno que se considere más seguro que el resto, con la posible excepción de la paroxetina que se ha asociado en algunos estudios con un pequeño aumento del riesgo de malformaciones cardiovasculares congénitas, aunque los datos son contradictorios³⁵⁻³⁷. – No existen datos adecuados relativos al uso de inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), como venlafaxina y duloxetina^{35,36}. – Los antidepresivos tricíclicos se consideran seguros, pero hay estudios que los señalan negativamente³⁶.
EPILEPSIA	– Es importante que la epilepsia esté bien controlada durante todo el embarazo. Los posibles cambios de antiepilépticos o sus dosis se deben realizar antes del embarazo y de forma paulatina²². Los antiepilépticos conllevan un riesgo potencial de toxicidad para el desarrollo del feto, así como efectos a largo plazo en el niño^{5,38}. – Lamotrigina y levetiracetam son los antiepilépticos más seguros^{38,39}. – Carbamazepina puede ser una opción con riesgo teratogénico bajo³⁸. – Valproato y topiramato están contraindicados por producir malformaciones congénitas^{20,39-41}. Está en fase de estudio el posible aumento del riesgo de alteraciones del neurodesarrollo en niños cuyos padres fueron tratados con valproato en los tres meses previos a la concepción⁴². – Se recomienda suplementar con ác. fólico 5 mg/día el tratamiento con antiepilépticos, 3 meses antes de la concepción y continuar durante los 3 primeros meses del embarazo^{7,9}.

DOLOR	– Paracetamol es el analgésico de elección para el dolor leve a moderado durante todo el embarazo^{34,43}. – Se recomienda evitar el uso de AINE, tanto sistémicos (incluidos COXIB) como tópicos, durante el primer y segundo trimestre de embarazo. En caso necesario, se podría utilizar ibuprofeno^{1,43}. Todos están contraindicados durante el tercer trimestre debido al riesgo de producir el cierre prematuro del ductus arterioso, hipertensión pulmonar persistente y disfunción renal^{20,22,44,45}. – Los analgésicos opioides pueden causar depresión respiratoria neonatal y el uso a largo plazo se asocia con síntomas de abstinencia en el recién nacido^{20,34,43}. – Los datos disponibles relativos al uso de metamizol en mujeres embarazadas son limitados, por lo que no debería recomendarse como tratamiento de primera línea y además, está contraindicado en el tercer trimestre²⁰. – Se han notificado casos de síndrome de abstinencia en recién nacidos de madres que tomaban gabapentina²⁰.
-------	--

MIGRAÑA	– Paracetamol es de primera elección para el alivio a corto plazo de la cefalea leve a moderada en cualquier trimestre del embarazo^{46,47}. – En caso de requerir AINE durante el primer y segundo trimestre de embarazo, emplear la menor dosis y durante el menor tiempo posible. Están contraindicados durante el tercer trimestre^{44,45}. – Para síntomas moderados a graves en pacientes que no responden a otros medicamentos, se puede considerar el uso de triptanes en cualquier trimestre del embarazo. Por experiencia y seguridad se prefiere el sumatriptán⁴⁶⁻⁴⁸. – Ergotamina y topiramato (en el tratamiento profiláctico de la migraña) están contraindicados^{41,47,48}.
---------	--

URTICARIA Y RINITIS ALÉRGICA	– Loratadina y cetirizina son los antihistamínicos de elección⁴⁹⁻⁵¹. – Si se necesita un antihistamínico sedante, se puede usar dexclorfeniramina^{49,51}. – En el tratamiento de la rinitis alérgica, inicialmente se recomiendan medidas no farmacológicas como la irrigación nasal con solución salina. En caso de requerir tratamiento farmacológico, se recomiendan los corticoides nasales (budesonida, fluticasona, mometasona)⁴⁹. – No se recomienda el uso de descongestionantes⁵¹. – Se deben evitar los corticoides orales durante el primer trimestre. En caso necesario, se prefiere la prednisona⁴⁹.
------------------------------	--

ASMA	– El asma mal controlada durante el embarazo puede tener efectos nocivos para la madre (preeclampsia, diabetes) y el recién nacido (prematuridad, bajo peso al nacer). La prevención de exacerbaciones es esencial para reducir los riesgos⁵². – Entre los beta-2 agonistas, los más recomendados son: salbutamol, salmeterol y formoterol. Faltan datos de seguridad de indacaterol, olodaterol y vilanterol⁵³. – Los corticoides inhalados más seguros son: budesonida, beclometasona y fluticasona^{52,53}. – En cuanto a los corticoides orales, los beneficios superan a los riesgos en el control de las exacerbaciones y el asma grave⁵³. – Si se necesitan antagonistas de los receptores de leucotrienos (montelukast) o antagonistas de los receptores muscarínicos de acción prolongada (tiotropio, aclidinio, glicopirronio, umeclidinio), no se deben suspender durante el embarazo⁵⁴.
------	--

DIABETES MELLITUS	– En mujeres con diabetes pregestacional se deberían suspender todos los antidiabéticos no insulínicos, excepto quizá metformina, y sustituirlos por insulina según necesidades para alcanzar los objetivos glucémicos^{55,56}. – En mujeres a las que se diagnostica diabetes durante el embarazo, si únicamente con dieta y ejercicio no se consiguen los objetivos de control glucémico, el tratamiento de elección es la insulina, aunque metformina puede ser una opción. El tipo de insulina más recomendado es la insulina humana NPH como insulina basal, y lispro y aspart como insulinas de acción rápida. Los análogos de acción prolongada (glargina y detemir) se han estudiado menos^{55,57}.
HIPERTENSIÓN	– Los antihipertensivos de elección son labetalol y metildopa y como alternativa, nifedipino^{4,58-60}. – Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II) están contraindicados por riesgo potencial de malformaciones congénitas^{4,58,60}. – Los diuréticos también tienen riesgo de anomalías congénitas y complicaciones neonatales^{58,60}.
TABAQUISMO ^{20,61}	– El tratamiento de elección es la terapia cognitivo conductual. – Si esta fracasa, puede utilizarse la terapia sustitutiva con nicotina (TSN). La primera opción son las formas de acción rápida (chicles o comprimidos) y la segunda opción, los parches de 15 mg/16 h. Si el embarazo se acompaña de vómitos y náuseas frecuentes, se preferirán los parches de nicotina a los chicles. – Bupropión y vareniclina deben evitarse por la escasa evidencia sobre su seguridad. – Citisiniclina (o citisina) está contraindicada en el embarazo.
TRASTORNOS TIROIDEOS	– La disfunción tiroidea en el embarazo tiene consecuencias para la madre y el bebé. Los problemas potenciales incluyen preeclampsia, prematuridad y anomalías congénitas⁶². – En las mujeres con hipotiroidismo conocido, un aumento del 20-40% de la dosis de tiroxina al confirmarse el embarazo, suele garantizar que permanezcan eutiroides^{13,62}. – Evitar en lo posible el uso de antitiroideos (carbimazol/tiamazol) por el riesgo de malformaciones congénitas⁶³.
CALAMBRES EN LAS PIERNAS	– Los calambres son más frecuentes durante la segunda mitad del embarazo, especialmente durante la noche. Se debería evaluar si son debidos a un déficit de hierro para diferenciarlos del síndrome de piernas inquietas^{1,34}. – Como medidas no farmacológicas se proponen aumentar la hidratación, aplicar calor en caso de tensión muscular y frío en caso de dolor y ejercicios regulares de estiramientos^{1,34}. – No hay evidencia sobre la eficacia y seguridad del uso de magnesio, calcio o vitaminas B o D como tratamientos para reducir los calambres en las piernas^{1,64}.
VENAS VARICOSAS	– Las medias de compresión no previenen las venas varicosas, pero han demostrado mejorar la sintomatología y son la estrategia de elección^{2,34}. – Los medicamentos presentan una efectividad cuestionable².

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Dra. Aida Fariñas Dovao, ginecóloga del Hospital Universitario de Araba, la revisión del texto, así como sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tratamiento de los trastornos comunes durante el embarazo. BTA. 2022;37(2):11-20.
2. Pellicer A, Robert L, Diego L. Fármacos de elección para las patologías más frecuentes durante el embarazo. FMC. 2020;27(9):488-97.
3. Jin J. Safety of Medications Used During Pregnancy. JAMA. 2022;328(5):486.

4. **Fármacos y teratogenicidad.** INFAC. 2019;27(7):47-54.
5. **Medicamentos y embarazo: actualización.** INFAC. 2013;21(7):46-54.
6. Auerbach M, Landy HJ. **Anemia in pregnancy.** En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 14/05/2025].
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. **Control prenatal del embarazo normal.** Prog Obstet Ginecol. 2018;61(5):510-527.
8. **Tratamiento de las anemias por déficit de hierro y de vitamina B12.** INFAC. 2018;26(4):27-36.
9. **Vitaminas y minerales de uso común: eficacia y seguridad.** INFAC. 2023;31(4):32-45.
10. Goetzl LM. **Preconception and prenatal folic acid supplementation.** En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 14/05/2025].
11. Finkelstein JL, Fothergill A, Venkatramanan S, Layden AJ, Williams JL, Crider KS, Qi YP. **Vitamin B12 supplementation during pregnancy for maternal and child health outcomes.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 1. Art. No.: CD013823. DOI: 10.1002/14651858.CD013823.pub2. [Consultado 14/05/2025].
12. **Programa de Salud Infantil.** Osakidetza. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Salud. Vitoria-Gasteiz, 2021.
13. Velasco I, Vila LL, Goya M. **Documento de consenso sobre el manejo de la disfunción tiroidea durante el embarazo.** SEGO/SEEN. Marzo 2022.
14. Smith JA, Fox KA, Clark SM. **Nausea and vomiting of pregnancy: Treatment and outcome.** En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 14/05/2025].
15. Benito A, Nuin B. **Guía del embarazo, preconcepción, parto y puerperio saludable.** Eusko Jauriaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2017.
16. **Heartburn and Dyspepsia: treatment during pregnancy.** SPS—Specialist Pharmacy Service. [Consultado 14/05/2025].
17. **Treatment of constipation in pregnancy.** July 2022. UK Teratology Information Service (UKTIS). SPS. [Consultado 14/05/2025].
18. **Haemorrhoids: treatment during pregnancy.** SPS—Specialist Pharmacy Service. [Consultado 14/05/2025].
19. Athavale A, Athavale T, Roberts DM. **Antiemetic drugs: what to prescribe and when.** Aust Prescr. 2020;43(2):49–56.
20. Fichas Técnicas CIMA AEMPS. **CIMA. Centro de información de medicamentos**
21. Nota Informativa MUH (FV), 15/2019. **Ondansetrón: riesgo de defectos de cierre orofaciales (labio leporino, paladar hendido) tras su uso durante el primer trimestre del embarazo.** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
22. Le CRAT—Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Hôpital Pitié-Salpêtrière, AP-HP. Sorbonne Université (París). Disponible en: <https://www.lecrat.fr/medicament-grossesse/>
23. Bleday R, Breen E. **Home and office treatment of symptomatic hemorrhoids.** En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 14/05/2025].
24. Nguyen J, Madonia V, Bland Ch M, Stover KR, Eiland LS, Keating J and col. **A review of antibiotic safety in pregnancy—2025 update.** Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy. 2025;00:1–11.
25. **Guía Terapéutica Antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud.** Plan Nacional Resistencia Antibióticos (PRAN). AEMPS. Ministerio de Sanidad. [Consultado 14/05/2025].
26. **Guía de tratamiento antimicrobiano en infección urinaria.** OSI Araba. Osakidetza. Vitoria-Gasteiz, 2023. [Consultado 14/05/2025].
27. **Urinary tract infection: treatment during pregnancy.** SPS—Specialist Pharmacy Service. [Consultado 14/05/2025].
28. Sobel JD. **Bacterial vaginosis: Initial treatment.** En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 14/05/2025].
29. **Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.** INFAC. 2025;33(2,3):14-35.
30. **Manual de vacunaciones e inmunizaciones.** Osasun Saila-Departamento de Salud. Eusko Jauriaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2024.
31. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston ChM, Muzny Cha, Park I, et al. **Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021.** MMWR Recomm Rep 4 July 23, 2021;70(No. 4):1-192.
32. **Tratamiento de la sarna.** INFAC. 2022;30(3):23-29
33. Leder K, Weller PF. **Enterobiasis (pinworm) and trichuriasis (whipworm).** En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 14/05/2025].
34. Lockwood Ch L, Magriples U. **Prenatal care: Patient education, health promotion, and safety of commonly used drugs.** En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 14/05/2025].
35. Zardoya MJ, Medrano J, Pacheco L. **Uso de psicofármacos durante el embarazo y la lactancia (2ª ed.).** Osakidetza. Vitoria-Gasteiz, 2016.
36. Stewart D, Vigod S. **Antenatal use of antidepressants and the potential risk of teratogenicity and adverse pregnancy outcomes: Selective serotonin reuptake inhibitors.** En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 14/05/2025].
37. **Use of selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy.** June 2022. UK Teratology Information Service (UKTIS). SPS. [Consultado 14/05/2025].
38. McElrath T, Gerard E. **Management of epilepsy during preconception, pregnancy, and the postpartum period.** En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 14/05/2025].
39. **Antiepileptic drugs in pregnancy.** Drug and Therapeutics Bulletin. 2021;59(77):99.
40. Nota informativa MUH (FV), 3/2018. **Ácido valproico: nuevas medidas para evitar la exposición durante el embarazo.** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
41. Nota de seguridad MUH (FV), 06/2023. **Topiramato: nuevas medidas para evitar la exposición en mujeres embarazadas.** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
42. Nota de seguridad MUH (FV), 05/2023. **Valproato: evaluación de la exposición paterna y riesgo de alteraciones del neurodesarrollo en niños.** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
43. **Pain: treatment during pregnancy.** SPS—Specialist Pharmacy Service. [Consultado 14/05/2025].
44. **Safety update: NSAIDs in pregnancy.** Drug and Therapeutics Bulletin. 2023;61(9):131.
45. **Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs): potential risks following prolonged use after 20 weeks of pregnancy.** Medicines and Healthcare products Regulatory Agency Published. 27 June 2023. [Consultado 14/05/2025].
46. **Tratamiento de la migraña.** INFAC. 2018;26(9):76-85.

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAE. El objetivo de este boletín es la **promoción del uso racional del medicamento** para obtener un mejor estado de salud de la población».

47. González-García N, Díaz de Terán J, López-Veloso AC. **Cefalea: embarazo y lactancia**. Recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (GECSEN). Neurología. 2022;37:1-12.
48. Lee M-J, Guinn D, Hickenbottom S. **Headache during pregnancy and postpartum**. En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 14/05/2025].
49. Schatz M. **Recognition and management of allergic disease during pregnancy**. En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 14/05/2025].
50. Silvestre-Salvador JF, Serrano-Manzano M, Serra-Baldrich E. **Recomendaciones para el manejo de la urticaria en Atención Primaria**. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2020;46(4):270-6.
51. **Hayfever or allergic rhinitis: treatment during pregnancy**. SPS—Specialist Pharmacy Service. [Consultado 14/05/2025].
52. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. **GEMA 5.4. Guía Española para el Manejo del Asma**. Madrid, 2024.
53. Schatz M, Weinberger SE. **Management of asthma during pregnancy**. En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 14/05/2025].
54. **Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management (BTS, NICE, SIGN)**. NICE Guideline (NG 245). Published: 27 November 2024. [Consultado 14/05/2025].
55. Durnwald C. **Gestational diabetes mellitus: Glucose management, maternal prognosis, and follow-up**. En: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. [Consultado 14/05/2025].
56. Callaway LK, Britten F. **Managing pre-existing diabetes prior to and during pregnancy**. Aust Prescr. 2024;47(1):2-6.
57. Grupo Español de Diabetes y Embarazo (GEDE). **Diabetes mellitus y embarazo. Guía de Práctica Clínica**. Sociedad Española de Diabetes y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid, 2020.
58. **Hypertension in pregnancy: diagnosis and management**. NICE guideline (NG 133). Published: 25 June 2019. Last updated: 17 April 2023. Consultado [14/05/2025].
59. Beech A, Mangos G. **Management of hypertension in pregnancy**. Aust Prescr. 2021;44(5):148-52.
60. Johansen-Bibby A. **Prescribing for pregnancy: chronic hypertension**. Drug and Therapeutics Bulletin. 2022;60:60-63.
61. Tran DT, Cohen JM, Donald S, Cesta CE, Furu K, Parkin L, et al. **Risk of Major Congenital Malformations Following Prenatal Exposure to Smoking Cessation Medicines**. JAMA Intern Med. Published online March 31, 2025. [Consultado 14/05/2025].
62. Smith A, Eccles-Smith J, d'Emden M, Lust K. **Thyroid disorders in pregnancy and postpartum**. Aust Prescr. 2017;40:214-9.
63. Nota informativa MUH (FV), 1/2019. **Carbimazol (Neo-tomizol®) y tiamazol (Tirodril®): riesgo de pancreatitis aguda y nuevas recomendaciones sobre anticoncepción durante el tratamiento**. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
64. Luo L, Zhou K, Zhang J, Xu L, Yin W. **Interventions for leg cramps in pregnancy**. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020, Issue 12. Art. No.: CD010655. [Consultado 14/05/2025].

Fecha de revisión bibliográfica: febrero 2025

Este boletín debe citarse: Uso de medicamentos en el embarazo. INFAC. 2025;33(6):59-68.

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaram.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: al farmacéutico de atención primaria de su OSI o a CEVIME o al e-mail: infac@osakidetza.eus

Consejo de Redacción: Iñigo Aizpurua¹, Iciar Alfonso², Ainhoa Arana³, María Armendáriz³, Markel Brouard⁴, Laura De la Rosa³, Saioa Domingo³, Maitane Elola⁵, Arritxu Etxebarría³, Jesús Fernández de Mendiola⁴, Julia Fernández³, Isabel Fontán³, Leire Gil³, Ana Isabel Giménez³, Juan José Iglesias⁴, Josune Iribar³, Nekane Jaio³, Itxasne Lekue³, M^a José López¹, Javier Martínez³, Teresa Morera⁶, Carmela Mozo³, Elena Ruiz de Velasco³, Amaia Sagastibelza⁷, Rita Sainz de Rozas³, Inés San José³, Maitane Umerez³, Elena Valverde³, Eluska Yetano⁴, Miren Zubillaga⁴.

1. Farmacéutico/a CEVIME; 2. Farmacóloga clínica; 3. Farmacéutico/a de atención primaria; 4. Médico/a de familia; 5. Médica de medicina interna; 6. Profesora de farmacología (UPV); 7. Pediatra de atención primaria.



<http://www.euskadi.eus/informacion/boletin-infac/web01-a2cevime/es/>



Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

