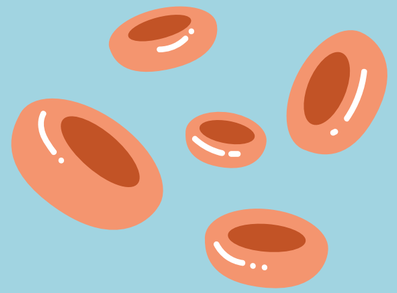
FARMACOLOGÍA EN EL EMBARAZO



RESIDENCIA DE TOCOGINECOLOGIA - HRRC







RESIDENTES 1ER AÑO
Rojo, Sofia
Sánchez, Pablo
Lecuona, Sofia
Ludueña, Juan Pablo

Que podemos indicar y que debemos evitar?



Seguridad materna y fetal en la practica clinica.

¿POR QUÉ IMPORTA?

El embarazo NO contraindica la mayoría de los tratamientos.
Pero antes de indicar un medicamento debemos considerar:
-Edad gestacional
-Dosis y duración del tratamiento
-Vía de administracion
Paso Transplacentario
Riesgo fetal según el momento de exposicion
Riesgo de la enfermedad materna sin tratamiento.

INFECCIONES: ANTIBIÓTICOS

GRUPOS	EJEMPLOS
PENICILINA	Amoxicilina, ampicilina
PENICILINA + INHIBIDOR	Amoxicilina-ac clavulanico
CEFALOSPORINAS	Cefalexina- Cefazolina. Ceftriaxona
AZITROMICINA	Infecciones respiratorias/ITS
CLINDAMICINA	Infecciones odontologicas, anaerob
METRONIDAZOL	Anaerobios/tricomoniasis

Los b-lactamicos son de los antibióticos con mayor experiencia durante el embarazo y presentan bajo riesgo fetal

ANTIBIÓTICOS QUE DEBEMOS EVITAR.



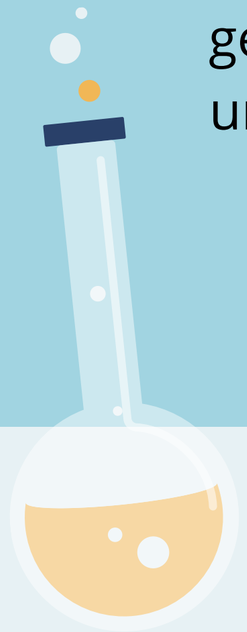
TETRACICLINAS:
Doxiciclina - Tetraciclina.
Evitar especialmente después del primer trimestre, al atravesar placenta se une a calcio en tejidos fetales (dientes y hueso fetal) y genera toxicidad materna (hepatica).

FLUOROQUINOLONAS:
Ciprofloxacina- Levofloxacina.
No son de primera elección cuando existen alternativas con mejor experiencia.



INFECCION URINARIA.

El factor de riesgo más importante en las infecciones de vías urinarias es el embarazo. El 5-10% de las embarazadas presentan una infección vías urinarias bajas (ITU) en el curso de la gestación. Un 10% de los ingresos hospitalarios en gestantes se deben a infecciones de vías urinarias. La bacteriúria asintomática no tratada es un factor de riesgo de pielonefritis, bajo peso al nacer y parto pretérmino.



1

Fosfomicina 3gr vo dosis unica

2

Nitrofurantoina 100mg c/12hs por 7 dias

3

Cefalexina 1gr c/12hs por 7 días





Evitar usar fluoroquinolonas: cierre precoz del cartílago de crecimiento

tetraciclina: Tincion de los dientes y alteraciones en el crecimiento óseo.

NÁUSEAS Y VÓMITOS



Piridoxina (vitamina B6)

Es el tratamiento farmacológico de elección en el embarazo. Se presenta en dosis fijas (10/10 mg) de la combinación

Piridoxina/doxilamina

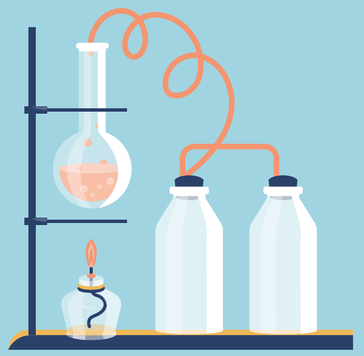
La dosis recomendada se sitúa
en los 10-25 mg por vía oral cada 8 horas. Se deberá tener precaución con la sobredosis, pues puede provocar neuropatía sensorial

Antihistaminico

Pueden utilizarse tanto dimenhidrinato como difenhidramina

ANALGÉSIA Y AINES

Dolor y fiebre:



PARACETAMOL

Analgésico/antitermico de elección habitual durante el embarazo.
utilizar: dosis eficaz minima
Durante el menor tiempo necesario

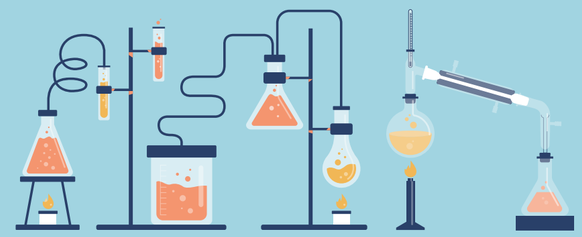
AINES

Ibuprofeno
Diclofenac
Naproxeno
Ketorolaco
Indometacina
Meloxicam



No son prohibidos durante el embarazo pero tienen restricciones importantes según edad gestacional

AINE: El punto que tenemos que recordar



A partir de las 20 semanas

Los AINES pueden producir:
Disfunción renal fetal
Oligohidramnios.

A partir de 30 semanas

Riesgo de cierre prematuro del ductos arterioso

La FDA recomienda limitar su utilización entre las 20-30 semanas y evitarlos después de las 30 semanas; si son imprescindibles, utilizar la menos dosis durante el menor tiempo posible

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

HTA que aparece después de las 20 semanas de gestación. Se subdivide en hipertensión gestacional (HG) y preeclampsia (PE).

TAS> 140 mmHg o TAD >90 mmHg, en dos tomas separadas

LABETALOL	ALFAMETILDOPA	NIFEDIPINA
200mg c/12hs	250mg c/12hs	20mg c/12hs

FÁRMACOS A EVITAR

IECA	ARA II
Enalapril	Losartan-Valsartan



Riesgos: especialmente en etapas avanzadas: alteraciones renales, oligohidramnios, hipoplasia pulmonar y complicaciones neonatales

HIE vs PE

	< 37 semanas CRITERIO DIAGNÓSTICO: HTA + lesión/no lesión órgano diana	> 37 semanas CRITERIO DIAGNÓSTICO: HTA + lesión/no lesión órgano diana
Hipertensión gestacional	HTA ≥ 140/90 + ausencia de lesión de órgano diana	HTA <160/110 + ausencia de lesión de órgano diana
Preeclampsia	HTA ≥ 140/90 mmHg + signos/síntomas de afectación de órgano diana no atribuibles a otro diagnóstico más probable.	HTA ≥ 140/90 mmHg + signos/síntomas de afectación de órgano diana no atribuibles a otro diagnóstico más probable.
		HTA ≥ 160/110 mmHg

MANEJO URGENTE DE HTA SEVERA



El tratamiento de la HTA severa (PA > 160/110) es el objetivo prioritario en la PE grave.

El objetivo es conseguir la TAS entre 140-155 y la TAD entre 90 105 con la mínima dosis eficaz posible.

Es importante evitar descensos bruscos de la PA por el riesgo de hipoperfusión placentaria

CONVULSIONES EN EL EMBARAZO:

crisis convulsivas durante el embarazo son una urgencia vital

Una convulsión en una embarazada puede deberse a:

- **Eclampsia/preeclampsia**
- **Epilepsia**
- ACV/hemorragia cerebral
- Trombosis venosa cerebral
- Tumor, absceso o malformación vascular
- Meningitis/encefalitis
- Alteraciones metabólicas:

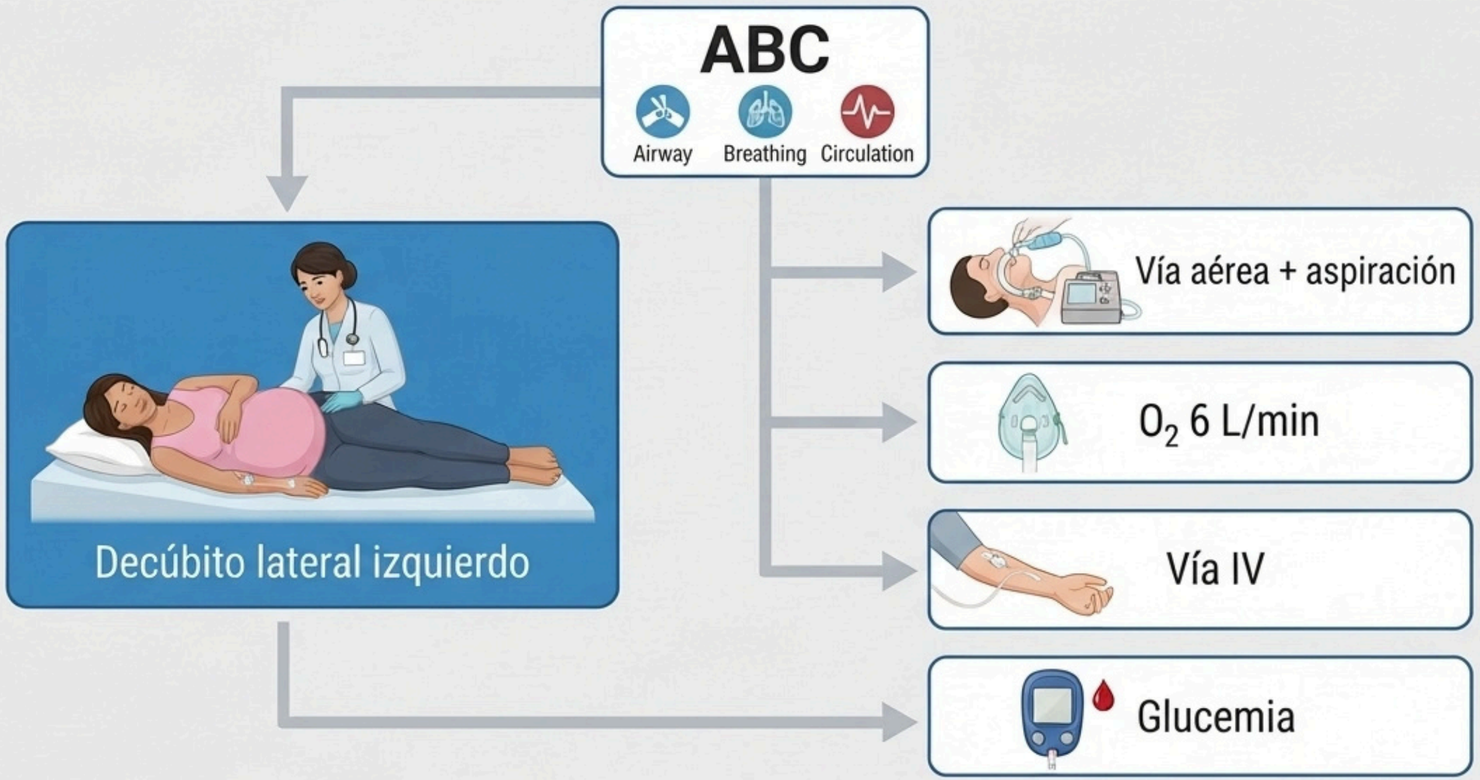
-hipoglucemia/hiperglucemia
-hiponatremia
-hipocalcemia

- Fármacos/drogas: cocaína, anfetaminas, alcohol, antipsicóticos, etc.

Mientras no se demuestre lo contrario, tratar como una eclampsia

Manejo inicial

1. ABC - MANEJO INICIAL



ESTABILIZACIÓN INMEDIATA

Proteger a la madre y al feto

DROGA INICIAL: SULFATO DE MAGNESIO

Dosis de ataque
4–6 g IV en bolo
El esquema detallado del protocolo es:
4 g IV → administrar 1 g cada 5 minutos.

Mantenimiento
2 g/h IV en perfusión continua.
El protocolo menciona la presentación:
1 ampolla = 10 mL = 1,5 g de sulfato de magnesio

DERIVAR URGENTE !!



MUCHAS GRACIAS!

Bibliografia

https://fetalmedicinebarcelona.org/files/protocolos/es/patología_materna/Infección_vias_urinarias_y_gestación.pdf

https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/la-fda-recomienda-evitar-el-uso-de-medicamentos-aine-durante-el-embarazo-y-partir-de-las-20-semanas

https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2025/02/Hipertension-y-Gestacion-14022025.pdf

https://mgyf.org/wp-content/uploads/2024/03/MGYF2024_002.pdf

Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Tiroides y embarazo. Hospital Clínic Barcelona; 2025. Disponible en: Protocolo Tiroides y embarazo – Medicina Fetal Barcelon

Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Epilepsia y gestación. Hospital Clínic – Hospital Sant Joan de Déu – Universitat de Barcelona; 2021.
Disponible en: fetalmedicinebarcelona.org