

# UDS

Universidad del sureste  
campus Tuxtla Gutierrez

Licenciatura en medicina humana



## **Tema: Resumen FARMACOLOGIA EN EMBARAZO Y LACTANCIA**

**Nombre del alumno: Zahobi Bailon  
Peralta**

**Grado y grupo: 3-A**

**Nombre del docente: Medico Alfredo**

Tuxtla Gutiérrez Chiapas a 28 DE MAYO del 2022.



Nombre la materia

La gestación es una etapa especial y única de la vida por la influencia de dos seres vivos, madre y feto que conlleva importantes implicaciones médicas en general y terapéutica en particular. Además, los fármacos empleados para el control y, o curación de dichos procesos pueden provocar efectos adversos en muchos casos importantes, sobre el feto.

El uso de medicamentos durante el embarazo es una circunstancia frecuente. A modo de ejemplo se puede citar que, aproximadamente el 5 por ciento de las embarazadas tiene que tomar algún medicamento que tomaban con anterioridad a la gestación por padecer algún tipo de trastorno crónico, como patologías psiquiátricas, diabetes mellitus, y asma bronquial.

El 80 por ciento de las gestaciones utilizan algún fármaco a lo largo del embarazo.

Durante la etapa gestacional en la mujer se producen una serie de cambios adaptativos importantes, como lo es el aumento del volumen plasmático, disminución de unión de proteínas y un aumento en el filtrado glomerular.

ADME en la embarazada hay varios cambios fisiológicos farmacocinéticos, uno de sus cambios en la absorción como el enlentecimiento del vaciado gástrico. Disminución motilidad gastrointestinal. Aumento del flujo sanguíneo intestinal, hay un ligero retraso en la absorción. Aumento de la absorción –

En la distribución hay un aumento del agua corporal total. Disminución de la albumina plasmática. Disminución de la unión a proteínas, hay un aumento de la forma activa del medicamento. Aumento volumen distribución.

Metabolismo, acá hay un aumento de actividad enzimática microsomas. Disminución de actividad sistema oxidasa y hay una modificación de requerimientos necesarios

Y en la eliminación hay un aumento del filtrado glomerular y un aumento de aclaramiento renal.

La barrera placentaria es atravesada por la mayoría de fármacos utilizando un mecanismo de difusión simple, aunque también pueden utilizar o verse influida por otros mecanismos como el arrastre de solventes, el transporte activo o la pinocitosis. La barrera placentaria es especialmente permeable a sustancias liposolubles, de bajo peso molecular, de escasa ionización a pH fisiológico y con escasa unión a proteínas plasmáticas. El paso del fármaco a través de la placenta también se ve influenciado por las características de la misma y por el flujo sanguíneo placentario.

Se entiende como fármaco teratogénico aquel que administrado durante el periodo embrionario o fetal es capaz de producir, directa o indirectamente, una alteración morfológica o funcional (alteraciones bioquímicas, metabólicas, hormonales, inmunológicas, del crecimiento y del comportamiento) en el embrión, el feto o, incluso, en el niño después del nacimiento.

Las posibles consecuencias teratogénicas van a depender del momento de la gestación en que se produzca la toma del medicamento: – 2 semanas iniciales (periodo de implantación): Conocido por periodo “de todo o nada” porque se cree que el embrión no es susceptible al efecto teratogénico del fármaco y, o bien no se produce nada, o se produce la muerte del mismo y el aborto consiguiente. – Periodo de la 2ª a la 10ª semana (periodo de organogénesis): Es la fase de mayor riesgo, ya que el efecto teratogénico en esta fase puede ocasionar anomalías estructurales que se traducen en malformaciones importantes que en muchos casos son incompatibles con el desarrollo fetal dando lugar a abortos o malformaciones fetales

incompatibles con la vida una vez producido el nacimiento. – Periodo ulterior a la 10ª semana (periodo de desarrollo): Los fármacos consumidos en esta etapa pueden producir alteraciones en el crecimiento y desarrollo funcional del feto o alteraciones morfológicas que generalmente son de menor gravedad que las ocasionadas en la fase de organogénesis.

La categoría de seguridad de fármacos en el embarazo nos ayudara a administrar de forma correcta uno de estos para la embarazada.

#### Clasificación de la Food and Drug FDA

A- Son estudios controlados que no han demostrado riesgo. Riesgo remoto de daño fetal. Los estudios en embarazadas no han evidenciado riesgo para el feto durante el primer trimestre de gestación ni existen evidencias durante el resto del embarazo.

B- No hay descritos de riesgos en humanos. Se acepta su uso durante el embarazo . Son estudios en animales no han evidenciado riesgo, pero no existen estudios adecuados en embarazadas , o existen estudios en animales en los que se detectan efectos adversos pero no se han sido confirmado en embarazadas

C- No puede descartarse riesgo fetal . Su utilización debe realizarse a un riesgo-beneficio. Son estudios en animales que han demostrado efectos adversos pero no existen estudios en embarazadas

D- Existen indicios de riesgo fetal. Usarse solo si es necesario. Estudios en embarazadas han demostrado el riesgo de defectos adversos, pero hay casos que los beneficios superan los riesgos

X- Contraindicados en el embarazo. Estudios en embarazadas y animales han demostrado que los riesgos superan claramente los beneficios.

Otras fuentes útiles de información son: – Guía Terapéutica en Atención Primaria: guía editada por semFYC que recoge los fármacos recomendados en las patologías más frecuentes en Atención Primaria, y la información más relevante de cada uno de los principios activos recomendados que incluye la seguridad de los mismos

según la clasificación de la FDA (disponible en formato papel y en <http://www.guiaterapeutica.net>)

## **Referencia bibliográfica**

López Gil, M.J. 2011 Manejo de fármacos durante el embarazo Sistema Nacional de Salud. Volumen 35.

## **Más información**

<file:///C:/Users/hp/Downloads/EmbarazoVol35n4.pdf>

