

NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

Se mantiene la versión de 2018

INDICE

- Introducción
- Fármacos y embarazo
- AINEs
- Opioides
- Butilescopolamina
- Algoritmo de dolor crónico en gestante
- Algoritmo de dolor agudo en gestante
- Conclusión

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo implica cambios fisiológicos y corporales que favorecen el inicio de enfermedades dolorosas o que intensifican cuadros de dolor preexistentes. El dolor de origen no obstétrico durante el embarazo es común, sin embargo, la bibliografía al respecto es escasa.

Normalmente, ante el dolor agudo en la mujer embarazada, lo primero es descartar el origen obstétrico. El uso de analgésicos habituales, el reposo y la educación de la paciente con respecto a su dolor y cómo éste afecta al embarazo en muchas ocasiones es suficiente. El problema surge cuando el dolor no cede o se cronifica, pues el arsenal terapéutico se ve diezmado en estas pacientes.

2. FARMACOS Y EMBARAZO

CLASIFICACION FDA SEGÚN RIESGO EMBARAZO

A. Sin riesgos aparentes. No hay evidencia de riesgo fetal. Pueden emplearse.

B. Sin riesgos aparentes. No existen pruebas de riesgo en especie humana. Probablemente seguro.

- Riesgo no detectable. No se puede descartar la existencia de riesgo. No existen estudios en el ser humano. En animales indican riesgo o no se ha demostrado inocuidad. Solo deben usarse cuando los beneficios potenciales justifiquen los posibles riesgos fetales. Evitarlos si existe otra alternativa
- Riesgo demostrado. Existen pruebas de riesgo. Los beneficios potenciales en la mujer embarazada pueden sobrepasar el riesgo de su empleo, como situaciones que amenacen la vida de la mujer o enfermedad grave. Evitarlos si existe otra alternativa.

(X) Existe evidencia de riesgo fetal en el ser humano. El riesgo sobrepasa cualquier beneficio del empleo del fármaco. Contraindicados.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Analgesia durante la gestación

Un elevado porcentaje de embarazadas (hasta un 80%) están expuestas a algún fármaco durante la gestación y se estima que sólo un 2- 3% de los neonatos presentan anomalías congénitas y que de éste porcentaje, sólo un 2-5% sería atribuible al consumo de fármacos.

En general, la mayoría de analgésicos se pueden usar durante el embarazo, aplicando la clásica escala analgésica. Hay que tener en cuenta los siguientes aspectos específicos:

- No se deben utilizar AINEs (B) (D en tercer trimestre) por encima de la semana 28 de gestación porque producen oligoamnios (reversible al retirar la medicación) y pueden producir el cierre prematuro del ductus arterioso fetal provocando así hipertensión pulmonar y la muerte fetal.
- El metamizol (C) (D en 3er trim.) en estudios en animales no ha mostrado efecto teratogénico. Aunque es solamente un inhibidor débil de las síntesis de prostaglandinas, no puede excluirse la posibilidad de cierre prematuro del ductos arterioso y de complicaciones perinatales por deterioro de la agregación plaquetaria tanto del neonato como de la madre. Está contraindicado, por tanto, en el tercer trimestre de embarazo.
- Los opioides podrían utilizarse controlando bien la mínima dosis terapéutica y evitándolos si es posible en el parto, ya que pueden producir síndrome de intoxicación o privación en el recién nacido.
- Los ergotamínicos (D) usados en las migrañas deben evitarse por su acción vasoconstrictora. Una buena alternativa serían los triptanos (C), que producen vasoconstricción selectiva de los vasos craneales, sin afectar a la vasculatura uterina.
- La exposición en el primer trimestre a las benzodiazepinas se ha asociado a riesgo de malformaciones congénitas. El diazepam (D) se ha relacionado con mayor riesgo de labio leporino, paladar hendido y hernia inguinal congénita, aunque las últimas publicaciones al respecto no han demostrado esta asociación. Su uso en el parto puede ocasionar en el feto hipotermia, hiperbilirrubinemia y depresión respiratoria. El lorazepam (C) y clonazepam (C), aunque también pasan la barrera placentaria, parecen hacerlo en menor medida y no hay publicaciones que lo relacionen con malformaciones. De precisarse el uso de una benzodiazepina ésta sería de elección, aunque no se recomienda su uso en primer trimestre y parto.

3. AINES

- Paracetamol (B): fármaco de elección en gestantes.
- AAS (D): riesgo de hemorragia parto y alteraciones de la función plaquetaria del recién nacido a dosis mayores de 80 mg/d. Sí es seguro su uso en el primer y segundo trimestres.
- Ibuprofeno (B/D), dexketoprofeno (B/D) y naproxeno (B/D): pueden inducir oligoamnios reversible y cierre del ductus arterioso. Es seguro usarlos hasta la semana 28.
- Metamizol (C/D): tiene menor efecto antiprostaglandínico que los anteriores. Puede deteriorar la agregación plaquetaria del neonato. No se recomienda después de la semana 28.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Analgesia durante la gestación

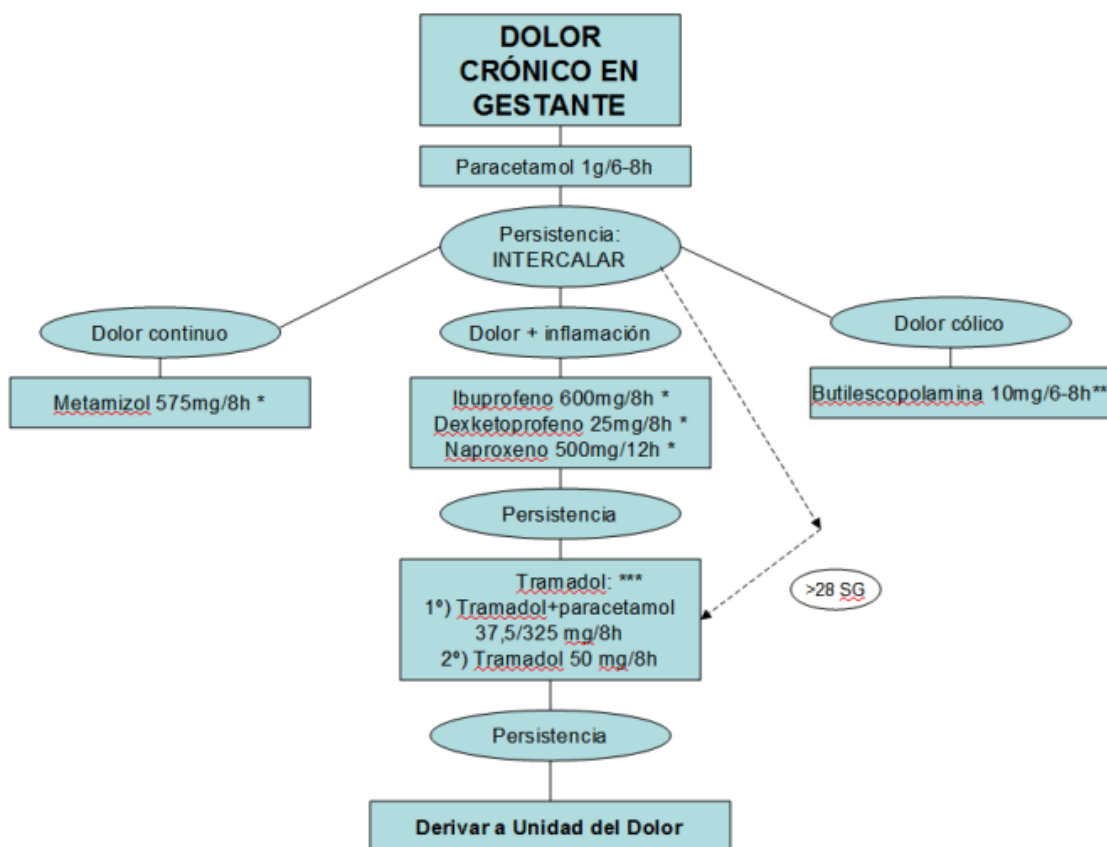
4. OPIOIDES

- Menores: codeína (C), meperidina (petidina) (B) (D en dosis repetidas). Aunque la codeína ha sido asociada a malformaciones respiratorias, los estudios más recientes no han encontrado asociación y pueden usarse en embarazadas. La meperidina no debe usarse en dosis repetidas por estar asociada a mioclonía y convulsiones por acúmulo de su metabolito, la normeperidina.
- Intermedios: tramadol (C). No se han publicado hasta el momento efectos adversos tras la exposición a tramadol en embarazadas.
- Mayores: fentanilo (C), morfina (C). Se prefiere el uso de fentanilo a la morfina en periodos largos de tiempo por el efecto de ésta sobre la vasoconstricción cerebral fetal y placentaria, aunque en episodios agudos, para uso puntual son equiparables.

5. BUTILESCOPOLAMINA

Existe una amplia experiencia disponible sobre su uso en gestantes, aunque no hay estudios en éstas. Los estudios en animales no han mostrado efectos embriotóxicos ni teratogénicos.

6. DOLOR CRONICO EN GESTANTE



PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Analgesia durante la gestación

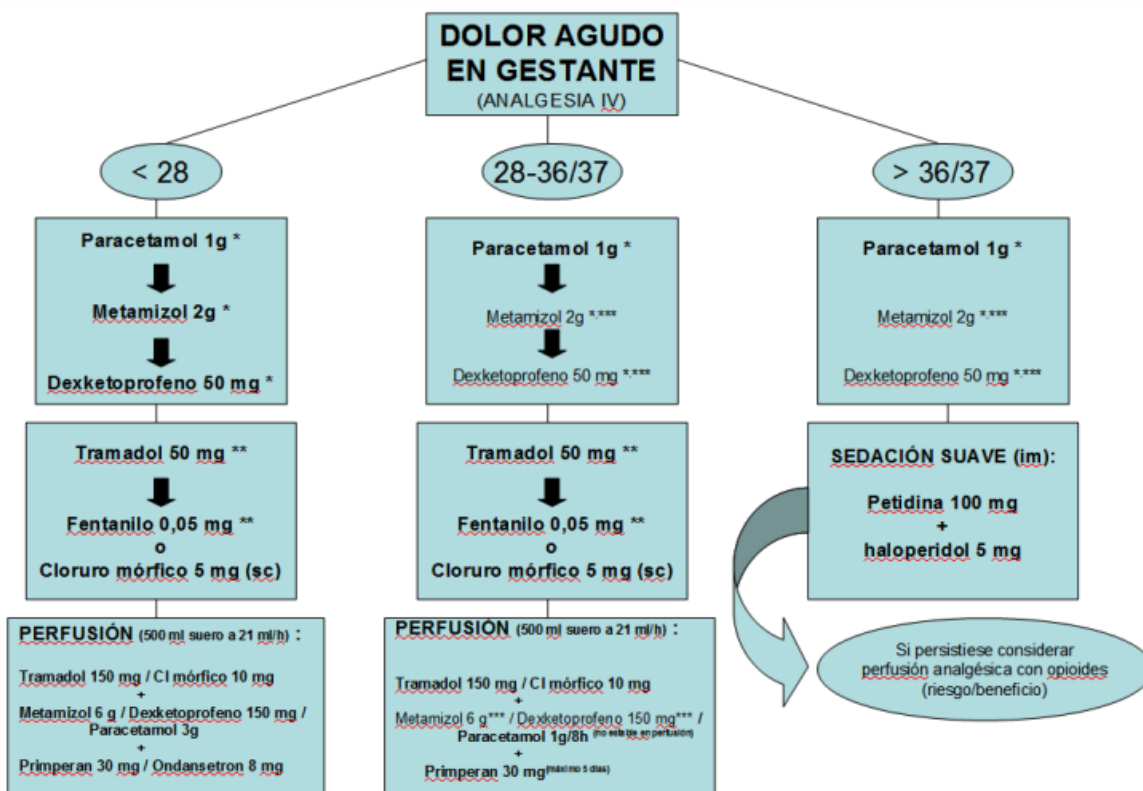
* hasta la semana 28ª de gestación

** En dolores tipo cólico se puede añadir Lorazepam 2 mg si persiste a pesar de butilescopolamina. No recomendado en 1º trimestre y periparto.

*** Evitar en periparto (>36-37 semanas). Balance riesgo beneficio. Puede ser necesario añadir un antiemético (netoclopramida máximo 5 días y < 0,5 mg/Kg en 24 h)

7. DOLOR AGUDO EN GESTANTE

Establecer un protocolo de uso de los fármacos analgésicos en la embarazada es muy complicado



* Si dolor tipo cólico, añadir 20 mg de butilescopolamina. Si persiste, considerar uso de Lorazepam 1-2 mg (no recomendado en 1º trimestre y periparto. Considerar riesgo/beneficio).

** Recomendable añadir un antiemético (10 mg de metoclopramida)

*** No recomendado después de la semana 28ª, pero puede usarse puntualmente

PREPARACION DE FENTANILO: 1 ampolla de 3 ml contiene 0,15 mg. Se coge 1 ml (0,05 mg) y se diluye en 10 ml de suero. Puede repetirse la dosis si no cede el dolor.

8. CONCLUSION

Establecer un protocolo de uso de los fármacos analgésicos en la embarazada es muy complicado, debido a que no existen estudios en la literatura, sólo revisiones de casos y notas clínicas sobre la experiencia con uno u otro fármaco en grupos pequeños de pacientes.

Basándonos en este tipo de publicaciones sobre experiencia clínica y la clasificación de la FDA de los fármacos, hemos desarrollado el siguiente algoritmo, pero se habrá de individualizar cada caso, especialmente en pacientes con patología complicada causante de dolor crónico intenso, en las que se deberá realizar un seguimiento estrecho y valorar en cada momento el balance riesgo/beneficio y, en los casos necesarios, derivar a la Unidad del Dolor.

| | | | |
|-------------------|----------------------------------|----------|-----------|
| Autores | Dra. Cobo, Dra. Pérez Herrezuelo | | |
| Fecha elaboración | 7/19/2024 | Vigencia | 7/10/2027 |