

Sumario

MEDICAMENTOS Y EMBARAZO: MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES

■ INTRODUCCIÓN

■ PRINCIPIOS GENERALES DE PRESCRIPCIÓN EN EL EMBARAZO

- ANEMIA Y ESTADOS CARENCIALES

- PATOLOGÍA DIGESTIVA

- INFECCIONES

- PATOLOGÍA NEUROLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA

- OTRAS PATOLOGÍAS

■ BIBLIOGRAFÍA

MEDICAMENTOS Y EMBARAZO: MOTIVOS DE CONSULTA FRECUENTES

INTRODUCCIÓN

La prescripción de medicamentos en el embarazo es muy frecuente. Sin embargo, el embarazo puede ocasionar dudas a la hora de prescribir medicamentos, puesto que se desconoce el daño que pueden producir en el feto, y por ello, el miedo al potencial teratógeno está extendido entre los pacientes, los médicos y la población. Muchas pacientes son reacias a tomar los medicamentos prescritos durante el embarazo. Sin embargo, hay muchas situaciones (epilepsia, SIDA,...) en las que el riesgo que supone la enfermedad no tratada o mal controlada es mayor que el de continuar con el tratamiento (1).

En cuanto a la utilización de medicamentos, no existe la medicina basada en la evidencia para mujeres embarazadas; la información disponible proviene en su mayoría de estudios en animales y los estudios epidemiológicos tienen muchas limitaciones (2). La incidencia de malformaciones congénitas en los países desarrollados es del 2-4% de los nacidos vivos, y de ellos, el 5% se cree que está causado por factores ambientales, incluyendo medicamentos y otros productos químicos (1).

Como es sabido, existen varios sistemas de clasificación del riesgo de los medicamentos en el embarazo, entre los cuales el más extendido es el de la Food and Drug Administration (FDA). Este sistema establece para los medicamentos 5 categorías de riesgo (A, B, C, D, X) en función de los datos disponibles en humanos y animales, pero según muchos autores ha resultado ser ambiguo y difícil de interpretar, además de que no siempre se reclasifican los medicamentos cuando se dispone de nueva información. Por otra parte, la idea de que esta clasificación establece de alguna manera el grado de riesgo es equivocada y, junto con las limitaciones de los estudios disponibles, hace muy difícil que el prescriptor pueda tener una idea correcta del riesgo real de utilizar determinados fármacos durante el embarazo. Por ello, actualmente este sistema de clasificación está en revisión (2-4).

En este boletín se quieren dar unas pautas generales de tratamiento en los trastornos más frecuentes que se pueden presentar durante el embarazo, así como orientar sobre los medicamentos recomendados para las patologías más prevalentes. El boletín no pretende dar información exhaustiva para cada fármaco individualmente, ni tampoco ser un listado de medicamentos junto con su clasificación de riesgo. Para ello, se puede consultar al Centro Vasco de Información de Medicamentos (CEVIME), que dispone de bibliografía y bases de datos específicas sobre riesgos teratogénicos y otras fuentes de información.

Dónde buscar información sobre teratogenicidad de medicamentos concretos

- www.perinatology.com - Clasificación de los medicamentos según la FDA. Con enlace a bibliografía en MEDLINE.
- www.fisterra.com/calculated/calculatedonline/emba_lacta/calculated_lactancia.htm - Clasificación según FDA.
- www.tga.health.gov.au/docs/html/mip/medicine.htm - Therapeutic Goods Administration del Ministerio de Sanidad de Australia, que clasifica el riesgo de los medicamentos por categorías diferentes a la FDA.
- Micromedex: <http://ntserver2.osakidetza.net/mdxdocs/mdxhome.htm#mainmenu>. En todos los medicamentos hay información específica en el apartado "TERATOGENICITY/EFFECTS IN PREGNANCY". Disponible en la intranet de Osakidetza.
- www.bnf.org - Precauciones de uso durante el embarazo de medicamentos disponibles en Gran Bretaña.

Otros enlaces de interés

- www.mothersrisk.org - Motherisk Program, organización canadiense de información teratológica, con enlaces sobre sus publicaciones.
- www.otispregnancy.org - Organización que agrupa lo servicios de información teratológica estadounidenses, con información variada en su página web, incluyendo fichas de información a la paciente sobre varios medicamentos de uso común.

PRINCIPIOS GENERALES DE PRESCRIPCIÓN EN EL EMBARAZO

Para la prescripción de medicamentos en el embarazo hay dos aspectos que deben tenerse siempre en cuenta (1):

- El mayor riesgo de embriotoxicidad se produce antes de que la mujer advierta que está embarazada y acuda a la visita médica, por lo que son importantes las medidas educativas y preventivas. Por ello, **el riesgo teratogeno debe considerarse en cualquier mujer en edad fértil.**
- El miedo a la acción teratogena de los fármacos no debe impedir el tratamiento adecuado de la embarazada, por lo que **debe valorarse individualmente el beneficio del tratamiento frente a sus riesgos.**

Recomendaciones generales (1)

- Prescribir medicamentos sólo cuando sea necesario; en algunos casos pueden ser efectivas las medidas no farmacológicas. Además, debe considerarse el tratamiento tópico antes que el sistémico.
- Utilizar preferiblemente los fármacos mejor conocidos y más seguros, evitando los fármacos más nuevos, puesto que la mayoría de los efectos adversos se han identificado en estudios postcomercialización.
- Usar las dosis eficaces más bajas y durante el periodo más corto posible, sin olvidar que la infradosificación puede afectar al buen estado general de la madre y, por tanto, del feto.
- Usar el menor número de fármacos porque algunos teratógenos han demostrado efecto sinérgico.

ANEMIA Y ESTADOS CARENCIALES

HIERRO (5, 6)	<ul style="list-style-type: none">■ La deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia en el embarazo (hemoglobina inferior a 11 g/dl según la OMS).■ La conveniencia de administrar suplementos de hierro de forma rutinaria a las mujeres embarazadas es un tema controvertido. Parece razonable tratar la anemia ferropénica severa con síntomas clínicos. No se ha demostrado que el tratamiento con hierro se asocie con la reducción de la frecuencia de partos pretérmino o con el bajo peso del niño al nacer.■ El fármaco de elección es el sulfato ferroso en ayunas (Fero Gradumet®, Tardyferon®).
ÁCIDO FÓLICO (5, 7, 8)	<ul style="list-style-type: none">■ La administración de ácido fólico antes del embarazo reduce el número de niños con defectos en el tubo neural hasta en un 75%.■ Es muy importante tomar este suplemento desde el momento que se planifica una gestación (al menos 4 semanas antes de la concepción) y se debe mantener durante los 3 primeros meses de embarazo.■ La dosis usual recomendada es de 400 mcg/día (Zolico®) excepto en mujeres con antecedentes de defecto del tubo neural o epilépticas, en las que la dosis es de 5 mg/día (Acfol®).
YODO (8)	<ul style="list-style-type: none">■ La deficiencia de yodo durante el embarazo afecta a la función tiroidea de la madre y del recién nacido, lo mismo que al desarrollo cerebral del niño.■ Las necesidades mínimas de yodo en el embarazo y la lactancia son de 250-300 mcg/día. La mejor estrategia para prevenir este déficit es el consumo habitual de sal yodada y pescado marino.
OTRAS VITAMINAS Y MINERALES (5, 7)	<ul style="list-style-type: none">■ Suplementos de vitaminas A, D o de magnesio y zinc no han demostrado beneficios en el embarazo.■ Dosis mayores de 700 mcg/día de vitamina A pueden ser teratogénicas.

PATOLOGÍA DIGESTIVA

NAUSEAS Y VÓMITOS (9, 11)	<ul style="list-style-type: none">■ Se recomienda tratar precozmente las náuseas y vómitos para prevenir la progresión a hiperemesis gravídica.■ En primer lugar se recomiendan las <u>medidas no farmacológicas</u>: comidas frecuentes y poco copiosas (ricas en hidratos de carbono y poco grasas), evitando olores o texturas que puedan causar vómitos. También se recomienda el reposo postprandial.■ El <u>tratamiento farmacológico</u> de 1ª elección es la combinación de vitamina B6 con doxilamina (Cariban®).■ En casos refractarios se pueden usar como alternativa otros antihistamínicos H1 (meclozina, dimenhidrinato) o fenotiazinas (clorpromazina, prometazina) que son seguros y eficaces. En cualquier caso, no utilizar antihistamínicos H1 durante las dos últimas semanas de la gestación.■ Metoclopramida parece segura pero no hay evidencias concluyentes de su eficacia. Los datos sobre eficacia y seguridad de ondansetrón son muy limitados.
----------------------------------	---

<p>DISPEPSIA Y PIROSIS (12, 14)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Son cuadros clínicos frecuentes en el embarazo debido al reflujo gastroesofágico. ■ <u>Medidas no farmacológicas</u>: realizar comidas ligeras y frecuentes, evitar alimentos que empeoren los síntomas (grasas, especias picantes, café) y no comer antes de acostarse. ■ El <u>tratamiento farmacológico de elección</u> son los antiácidos orales no absorbibles: hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio o magaldrato (si existe tendencia al estreñimiento) y almagato. Evitar su uso excesivo y prolongado. ■ También es seguro el uso de sucralfato y los antiulcerosos cimetidina, ranitidina y omeprazol. ■ No se recomienda el uso de bicarbonato sódico por el riesgo de alcalosis metabólica y retención de líquidos. ■ Está contraindicado el uso de misoprostol por aumentar el tono uterino y riesgo de aborto.
<p>ESTREÑIMIENTO (15, 16)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ El tratamiento de elección es la dieta (mayor ingesta de líquidos, fruta, alimentos con fibra) y la realización de ejercicio físico, cuando sea posible. Conviene emplear suplementos dietéticos de fibra en forma de cereales o fibra de trigo. ■ Los laxantes más seguros son los formadores de bolo (metilcelulosa, <i>Plantago ovata</i>). También pueden utilizarse laxantes osmóticos (lactulosa) o estimulantes (bisacodilo, glicerina). ■ El sen puede causar contracciones uterinas y debe usarse con precaución al final del embarazo o si hay riesgo de parto prematuro. ■ Todos los laxantes deben emplearse durante periodos cortos de tiempo.
<p>HEMORROIDES (12, 13)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ En primer lugar adoptar <u>medidas no farmacológicas</u>: evitar el estreñimiento y tomar baños de asiento. ■ Los antihemorroidales tópicos se pueden considerar seguros, aunque es difícil establecer el riesgo teratogénico de principios activos asociados. Administrar con precaución. ■ Los anestésicos locales y corticoides tópicos sólo deben emplearse si son necesarios y durante el menor tiempo posible.

INFECCIONES

Uso de antiinfecciosos en el embarazo (11,17,18)

- Penicilinas, cefalosporinas y eritromicina no son teratogénicos y se consideran medicamentos seguros. Los datos de azitromicina y claritromicina son todavía limitados para recomendarlos frente a eritromicina.
- Aminoglucósidos: a dosis altas pueden producir ototoxicidad.
- Tetraciclinas: pueden producir decoloración y displasia dentaria e inhibición del crecimiento óseo en el feto. Toxicidad hepática.
- Fluorquinolonas: pueden producir artropatías en animales y retraso del crecimiento óseo en el feto.
- Trimetoprim: puede producir malformaciones en el primer trimestre.

<p>RESFRIADO COMÚN (11, 12)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si se requiere el alivio de síntomas se puede usar paracetamol. Evitar las asociaciones medicamentosas. Como descongestionantes, utilizar preparados tópicos limitando la duración del tratamiento. ■ Dextrometorfano se puede considerar seguro durante el embarazo, siempre que se eviten las soluciones orales que contengan alcohol. La codeína puede producir síndrome de abstinencia en neonatos tras tratamientos prolongados al final del embarazo.
<p>INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (19)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La bacteriuria asintomática debe tratarse para reducir el riesgo de pielonefritis, parto pretérmino y bajo peso del niño al nacer. Se realizará urocultivo al finalizar el tratamiento y mensualmente hasta finalizar el embarazo. ■ Tratamiento recomendado: amoxicilina-clavulánico o cefalosporina de 1ª generación durante 7 días.
<p>VAGINOSIS BACTERIANA (20)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Asintomáticas: Sólo tratar a embarazadas con alto riesgo de parto pretérmino. ■ Tratamiento recomendado: metronidazol o clindamicina durante 7 días. Los datos actuales sugieren que el uso de metronidazol es seguro incluso administrado en el primer trimestre. ■ Los datos existentes no apoyan el uso de agentes tópicos durante el embarazo.

CANDIDIASIS VAGINAL (20)	<ul style="list-style-type: none">■ Tratamiento recomendado: imidazol tópico durante 7 días (clotrimazol tiene mayor experiencia de uso).■ No se ha establecido la eficacia y seguridad del tratamiento oral en el embarazo.
VACUNAS (21)	<ul style="list-style-type: none">■ Están contraindicadas las vacunas de microorganismos vivos atenuados: sarampión, rubéola, parotiditis, varicela, BCG, cólera oral, tifoidea oral. Se debe evitar el embarazo en los 3 meses siguientes a la administración de las mismas.■ Como medida de precaución, no se deben administrar vacunas inactivadas en el primer trimestre de gestación.■ Las vacunas antitetánica y antidiftérica no sólo no están contraindicadas sino que están indicadas en la gestante susceptible.

PATOLOGÍA NEUROLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA

INSOMNIO Y ANSIEDAD (22)	<ul style="list-style-type: none">■ Sólo se deben administrar benzodiazepinas cuando sean estrictamente necesarias. El tratamiento debe ser lo más corto y a la dosis más baja posible.■ Para trastornos de ansiedad pueden ser preferibles la psicoterapia o los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).■ El uso de benzodiazepinas durante el primer trimestre se ha relacionado con labio leporino y otros defectos del paladar. Durante el tercer trimestre pueden provocar depresión respiratoria, hipotonía, somnolencia y síndrome de abstinencia en el recién nacido.
DEPRESIÓN (22, 24)	<ul style="list-style-type: none">■ En depresión leve es preferible optar por apoyo psicológico.■ Los fármacos antidepresivos están indicados para iniciar o mantener el tratamiento de una depresión de grado moderado a grave.■ Existen suficientes datos sobre la seguridad de los antidepresivos tricíclicos (ATC) e ISRS. Fluoxetina es el fármaco del que mayor información se dispone. Los datos de seguridad de fármacos más nuevos son más limitados.■ Se puede producir síndrome de abstinencia en los recién nacidos de madres en tratamiento con ISRS (sobre todo con paroxetina) y ATC al final del embarazo.
EPILEPSIA (25)	<ul style="list-style-type: none">■ Es preferible la monoterapia con las dosis eficaces más bajas posibles. La politerapia aumenta el riesgo de malformaciones fetales.■ En general, si existe un buen control de las crisis epilépticas, no es necesario cambiar el tratamiento instaurado antes del embarazo.■ Se recomienda un suplemento de ácido fólico de 5 mg/día en mujeres epilépticas, desde al menos un mes antes de la concepción y durante el primer trimestre como mínimo, a pesar de que la utilidad de dosis altas en mujeres epilépticas no está bien establecida.■ Existe controversia sobre la necesidad de que las embarazadas en tratamiento con antiepilépticos inductores enzimáticos reciban durante el último mes de embarazo suplementos de vitamina K.

OTRAS PATOLOGÍAS

DOLOR AGUDO (11, 18, 26)	<ul style="list-style-type: none">■ Tratamiento recomendado: paracetamol durante todo el embarazo.■ El uso de AINE parece seguro sin haber demostrado efectos teratógenos. Ibuprofeno es el mejor estudiado y como alternativa se puede usar diclofenaco. Están contraindicados después de la semana 30, ya que disminuyen la contractilidad uterina con prolongación del parto y pueden producir cierre prematuro del ductus arterioso.■ Alternativas: codeína + paracetamol. La codeína puede producir síndrome de abstinencia en neonatos tras tratamientos prolongados al final del embarazo.■ Evitar el uso de metamizol por lo limitado de los datos disponibles.■ En migrañas que no responden a alternativas más seguras se podría aceptar el uso de sumatriptán.
---------------------------------	---

URTICARIA / REACCIONES ALÉRGICAS (27)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se recomiendan corticoides tópicos de potencia baja. ■ Como antihistamínico sedante se puede utilizar dexclorfeniramina; como no sedantes, loratadina y cetirizina.
RINITIS ALÉRGICA (28)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Loratadina y cetirizina son los antihistamínicos no sedantes de elección en el embarazo. ■ Aunque no hay estudios específicos sobre corticoides intranasales, su absorción sistémica es mínima y se consideran seguros, equiparando su seguridad a la de los corticoides inhalados (<i>ver apartado de asma</i>). ■ Descongestionantes: es preferible usar uno nasal tópico como oximetazolina. Los descongestionantes orales, utilizados en el primer trimestre de embarazo, podrían producir efectos teratogénicos.
ASMA (28)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Es frecuente que durante el embarazo la severidad del asma varíe por lo que las pacientes requieren una supervisión estrecha y ajustes de tratamiento. ■ El asma mal controlado produce un aumento de la mortalidad perinatal, del parto prematuro y bajo peso del niño al nacer. Siempre está justificado el uso de medicación para conseguir un óptimo control del asma, aunque la seguridad de los medicamentos en el embarazo no se haya probado inequívocamente. ■ Se recomienda salbutamol antes que terbutalina como β_2-agonista de acción corta y entre los corticoides inhalados budesonida. Como β_2-agonista de larga duración se prefiere salmeterol por tener más experiencia de uso. ■ Para los corticoides orales, los datos de seguridad son más contradictorios (en algunos estudios se asocian a labio leporino, en otros a partos prematuros y bajo peso al nacer), pero por los riesgos de hipoxia fetal se recomienda utilizarlos en las crisis asmáticas y en asma severo al igual que en no embarazadas. ■ Los datos para zafirlukast y montelukast son muy limitados y no se debe iniciar el tratamiento con los mismos, aunque las mujeres que antes del embarazo no conseguían un control satisfactorio del asma con otra medicación, pueden continuar tomándolos. ■ No existen datos de seguridad sobre ipratropio, pero se asume que la absorción sistémica por vía inhalada es muy baja y está indicado en la crisis severa que no responde a β_2-agonista solo.
DIABETES MELLITUS (29-31)	<ul style="list-style-type: none"> ■ El control de la diabetes es esencial para disminuir la morbimortalidad perinatal. ■ Si las medidas nutricionales no son suficientes, es de elección la insulina humana. El uso de análogos de la insulina no se ha estudiado suficientemente en el embarazo. ■ Publicaciones recientes indican que el uso de glibenclamida en la diabetes gestacional como alternativa a la insulina parece seguro (no atraviesa la placenta humana) y que metformina podría usarse en circunstancias especiales, como resistencia severa a la insulina.
HIPERTENSIÓN (32-34)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Las mujeres con hipertensión leve-moderada tienen un riesgo bajo de sufrir complicaciones cardiovasculares durante el embarazo. En estos casos, y siempre que la presión arterial se mantenga por debajo de 150-160/100-110 mmHg, se puede interrumpir el tratamiento farmacológico, al no haber evidencias de que éste sea beneficioso para el feto. ■ En caso necesario se puede continuar el tratamiento antihipertensivo que se tomaba antes del embarazo, a excepción de IECA y ARA-II, que están contraindicados debido a comunicaciones de teratogenicidad y muerte fetal. Por este motivo, los IECA y ARA-II no son de elección en mujeres en edad fértil. ■ Metildopa es el fármaco preferido por muchos autores debido a que los estudios a largo plazo confirman su seguridad para el feto. ■ Labetalol y los beta-bloqueantes se consideran también de elección, aunque en algunos estudios pequeños se ha asociado con atenolol retraso en el crecimiento intrauterino. ■ Los datos con calcioantagonistas son limitados, aunque no se ha observado teratogenicidad importante con su uso. ■ Aunque los diuréticos no se consideran de primera línea en el embarazo, su uso es probablemente seguro. Un metaanálisis y un estudio de cohortes amplio apoyan su seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Welsh Medicines Resource Centre. Prescribing in pregnancy. *WeMeReC Bulletin*. 2000;7(3):1-5.
2. Doering PL, Boothby LA, Cheok M: Review of pregnancy labeling of prescription drugs: Is the current system adequate to inform of risks? *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187:333-9.
3. Koren G, Pastuszak MA, Ito S. *Drugs in Pregnancy*. *N Engl J Med*. 1998;338(16):1128-37.
4. Bianca S. Drug use during pregnancy: are risk classifications more dangerous than the drugs? *Lancet*. 2003;362:329.
5. National Guideline Clearinghouse. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2004.
6. Cuervo LG, Mahomed K. Tratamientos para la anemia ferropénica en el embarazo. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford Update Software.
7. Ladipo OA. Nutrition in pregnancy: mineral and vitamin supplements. *Am J Clin Nutr*. 2000;72(suppl):280S-90S.
8. Arena J, Emparanza JI, Espada M, Urtiaga J, Collado V, Gómez P y otros. Déficit nutricional de yodo en la embarazada. *Salud Pública-Osasun Publikoa. Boletín Epidemiológico de la CAPV*. 2002;nº 14:11-2.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):803-15.
10. Quinlan JD, Hill DA. Nausea and vomiting of pregnancy. *Am Fam Physician*. 2003;68:121-8.
11. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation*. 6th. Baltimore: Williams and Wilkins; 2002.
12. Fármacos en el embarazo. *INFAC*. 1996;4(8)
13. Madridejos R, Tomás R. Medicamentos y embarazo. *FMC*. 2004;11(10):651-61.
14. Nikfar S, Abdollahi M, Moretti ME, Magee LA, Koren G. Use of Proton Pump Inhibitors During Pregnancy and Rates of Major Malformations. A Meta-Analysis. *Digestive Diseases and Sciences*. 2002;47(7):1526-9.
15. Tratamiento del estreñimiento. *INFAC*. 2001;9(10):52-7.
16. Jewell DJ, Young G. Interventions for treating constipation in pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2004*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
17. Niebyl JR. Antibiotics and other Anti-infective Agents in Pregnancy and Lactation. *Am J of Perinatol*. 2003;20(8):405-14.
18. *REPROTOX® Database Copyright (c) 1994-2005, Reproductive Toxicology Center*.
19. Infección del tracto urinario. *INFAC*. 2004;12(9):41-4.
20. Center for Disease Control and Prevention. *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2002*. *MMWR* 2002;51, No. RR-6.
21. Departamento de Sanidad. *Manual de vacunaciones*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central Publicaciones del Gobierno Vasco; 2001.
22. Ward RK, Zamorski MA. Benefits and Risks of Psychiatric Medications During Pregnancy. *Am Fam Physician*. 2002;66:629-36.
23. Tratamiento de la depresión en situaciones especiales y otras indicaciones de los antidepresivos. *INFAC*. 2002;10(3):13-7.
24. Sanz EJ, De las Cuevas C, Kiuru A, Bate A, Edwards R. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome. A database analysis. *Lancet*. 2005;365:482-7.
25. Sociedad Andaluza de Epilepsia. *Recomendaciones terapéuticas en epilepsia de la Sociedad Andaluza de Epilepsia 2004*. Disponible en: <http://cvu.rediris.es/pub/bscw.cgi/d562346/SADE04> (Accedido el 25 de enero de 2005).
26. Analgetika und Antiphlogistika in der Schwangerschaft. *Der Arzneimittelbrief*. 2004;38:25-8.
27. Justel Pérez JP, Mansilla I, Molina A, Estévez Muñoz JC, Heras Salvat G, Sagredo Pérez J et al. Urticaria aguda. *Guías Clínicas 2002; 2 (4)*. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/urticaria.asp> (Accedido el 9 de febrero de 2005).
28. NAEPP: Working Group Report on Managing Asthma During Pregnancy: Recommendations for Pharmacologic Treatment. Update 2004. NIH Publication No. 05-3279. U.S. Department of Health and Human Services; National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute, January 2005. Disponible en <http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/lung/asthma/astpreg.htm> (Accedido el 24 de enero de 2005).
29. American Diabetes Association. *Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care*. 2004;27(Suppl 1):S88-S90.
30. Koren G. Breakthrough in treating gestational diabetes mellitus. *Canadian Fam Physician*. 2004;50:987-9.
31. Simmons D, Walters BNJ, Rowan JA, McIntyre HD. Metformin therapy and diabetes in pregnancy. *MJA*. 2004;180:462-4.
32. Health National Heart, Lung and Blood Institute. *National High Blood Pressure Education Program: Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy*. Bethesda, MD: NHLBI; 2000. Disponible en: http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/hbp/hbp_preg.htm (Accedido el 24 de Enero de 2005).
33. Health National Heart, Lung and Blood Institute. *National High Blood Pressure Education Program. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)*. Bethesda MD. NIH Publication No. 04-5230. U.S. Department of Health and Human Services; National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute, August 2004. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.htm> (Accedido el 24 de enero de 2005).
34. Ferrer RI, Mulrow CD. What if my hypertensive patient becomes pregnant? In: *Mulrow Cynthia D. Evidence-Based Hypertension*. London: BMJ Publishing Group; 2001.p.211-31

Fecha de revisión bibliográfica: febrero 2005

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Irigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Arrate Bengoa, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Anabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesus Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^º José López Javier Martínez, Javier Meana, Carmela Mozo, Elena Olloquegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.

ISSN: 1575054-X
D.L.: BI-587-99



Osakidetza
Servicio vasco de salud

