

# Cuando los murciélagos aparecen, la rabia asusta

---

Rachel nos llamó por la mañana en que se despertó y encontró un murciélago en su armario. Que ella supo, no había sido mordida. Tenía 10 semanas de embarazo y se preguntaba cuáles deberían ser sus próximos pasos. Su esposo tampoco detectó ninguna mordedura. El amablemente trasladó el murciélago al exterior de su casa, pero ahora ambos estaban expuestos a una posible infección de rabia. Ella estaba a punto de irse a trabajar y su esposo ya se había ido para un día ajetreando en la oficina.

Rachel ya había pasado por lo mismo en su hogar de la infancia cuando asistía la escuela secundaria. En ese tiempo, toda la familia fue al departamento de emergencias local y fueron tratados con una serie de vacunas contra la rabia, o profilaxis posterior a la exposición, para evitar que se enfermaran de rabia. En el momento actual, recordó que le habían dicho que nunca más tendría que pasar por la serie de vacunas. Nos estaba llamando hoy porque su obstetra la derivó a MotherToBaby Connecticut para que le aclararan las cosas.

Al investigar este comentario de que nunca más tendría que recibir tratamiento contra la rabia, decidí que necesitaba ayuda de nuestro Centro de Control de Envenenamientos (Poison Control) local. Me confirmaron que sí, ella necesitaba que la examinaran y volvieran a tratarla en una sala de urgencias de su elección. También me pusieron en contacto con nuestro epidemiólogo del estado de Connecticut para una consulta adicional. Nuestro epidemiólogo reiteró la necesidad de recibir tratamiento nuevamente debido a esta exposición. El embarazo de Rachel no era motivo para evitar el tratamiento.

En tales circunstancias, los beneficios superan las posibilidades de que la serie de vacunas preventivas tenga resultados adversos durante el embarazo. El esposo de Rachel también necesitaría la vacuna.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) tienen una buena **reseña en línea** (en inglés) que compartí con Rachel que confirma la necesidad de que ella reciba tratamiento con la vacuna contra la rabia. También confirma que los beneficios del tratamiento durante el embarazo superan las posibilidades de que se produzcan resultados adversos durante el embarazo.

## La rabia

- Debido a las posibles consecuencias de una exposición a la rabia mal controlada, el embarazo no se considera una contraindicación para la profilaxis posterior a la exposición. Algunos estudios han indicado que no hay un aumento de la incidencia de abortos, partos prematuros o anomalías fetales asociadas con la vacunación antirrábica. Si el riesgo de exposición a la rabia es considerable, también podría estar indicada la profilaxis previa a la exposición durante el embarazo. La exposición a la rabia o el diagnóstico de rabia en la madre no deben considerarse motivos para interrumpir el embarazo.

El tratamiento para la exposición a la rabia incluye la vacuna contra la rabia y la inmunoglobulina antirrábica humana (HRIG, por sus siglas en inglés). La HRIG es un medicamento que se administra en el momento de la exposición para brindar al paciente protección inmediata contra el virus de la rabia. Solo se administra una vez, por lo que Rachel no necesitará HRIG nuevamente.

En cambio, solo necesitará dos inyecciones de la vacuna antirrábica (se administran hasta cinco inyecciones después

de la primera exposición). La vacuna ayuda al cuerpo a generar su propia inmunidad para protegerlo contra el virus de la rabia.

Debido a que para su esposo esta fue la primera exposición, necesitará el tratamiento completo, que incluye la HRIG y hasta cinco inyecciones de la vacuna antirrábica.

¿Con qué urgencia necesitaban tratamiento Rachel y su esposo? El epidemiólogo dijo que más temprano que tarde, y recomendó que visitaran un departamento de emergencias el mismo día de la exposición.

Aunque Rachel no estaba entusiasmada por tener que vacunarse nuevamente, se sintió aliviada al saber exactamente lo que debía hacer por la salud de su bebé, la de su esposo y la suya propia.

Estábamos agradecidos por la colaboración con nuestro Centro de Control de Envenenamientos local, el epidemiólogo estatal y los documentos de los CDC. Se proporcionó la mejor información reproductiva posible para que esta pareja pudiera tomar las mejores decisiones reproductivas para ellos mismos. Con la ayuda de MotherToBaby y nuestros colaboradores, esta fue una batalla menos que tuvieron que enfrentar solos.

---

**¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en [MotherToBaby.org](https://www.MotherToBaby.org) .**

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 1 de noviembre de 2024.

---

## Cuando los murciélagos aparecen, la rabia asusta

---

«¡Este es mi primer hijo y no sé qué hacer!», exclamó Lyndsay, una mujer recién embarazada, cuando respondí a la línea de ayuda gratuita y confidencial de MotherToBaby. Lyndsay explicó que está tomando varios medicamentos y que le preocupan los posibles efectos en su bebé por nacer. Actualmente es muy nueva en la recuperación del trastorno por consumo de cocaína y opioides. Está tomando buprenorfina y naloxona para el trastorno por consumo de

opioides, junto con baclofeno y n-acetilcisteína (NAC) para los antojos de cocaína. Su régimen de medicamentos también incluye aripiprazol, escitalopram, bupropión y mirtazapina para la depresión, la estabilización del estado de ánimo y el insomnio.

«Esta combinación me ha funcionado bien», explicó. «Dicho esto, me pregunto si los tratamientos están aumentando mis probabilidades de complicaciones en el embarazo o defectos de nacimiento en mi bebé». Se preguntó si sería mejor dejar la buprenorfina y la naloxona ahora.

Al prepararme para responder a sus inquietudes, me comuniqué con Ellen Kolomeyer, PhD, PMH-C, psicóloga clínica licenciada certificada en salud mental perinatal, que forma parte del equipo de la Línea Nacional de Asistencia a la Salud Mental Materna para ayudarnos a brindar las mejores respuestas sobre el tratamiento de recuperación durante el embarazo. La Línea Nacional de Asistencia a la Salud Mental Materna brinda apoyo las 24 horas del día, los 7 días de la semana (24/7) a las mujeres embarazadas y posparto que experimentan problemas con el estado de ánimo y la ansiedad, así como a sus personas de apoyo y seres queridos a través de su línea telefónica y de texto 1-833-852-MAMA (6262).

### **¿Qué tan común es que una mujer en recuperación y que también está embarazada esté tratando un trastorno por consumo de opioides con medicamentos?**

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), alrededor del 7% de las mujeres embarazadas usaron opioides durante el embarazo, y una de cada cinco de esas personas informó que usó indebidamente de los opioides durante el embarazo. Sin embargo, solo alrededor de la mitad de las mujeres embarazadas que usan opioides durante el embarazo están en recuperación, por lo que es maravilloso que Lyndsay está comunicándose para aprender cómo cuidarse mejor a sí misma y a su bebé. Espero que su historia demuestre que es posible obtener ayuda y tener un embarazo saludable.

### **¿Qué tratamientos se pueden utilizar?**

Cuando una mujer embarazada está lidiando con la adicción a los opioides, los proveedores de atención de salud a menudo recetan medicamentos como metadona y buprenorfina. Es mejor si el tratamiento comienza antes de que la mujer quede embarazada para ayudar tanto a la madre como al bebé a mantenerse saludables. Pero a veces, las mujeres enfrentan desafíos que dificultan que obtenga tratamiento. Estos pueden ser problemas personales, como tener dificultades para manejar los sentimientos o problemas con las relaciones. También puede haber juicios injustos de otras personas sobre la adicción a las drogas que dificultan que las personas busquen ayuda. Además de administrar medicamentos, también es importante obtener ayuda para la salud mental. Esto significa hablar con un consejero o terapeuta sobre las cosas que podrían estar causando que alguien consuma drogas en primer lugar.

### **¿Se recomienda suspender el tratamiento durante el embarazo? ¿Por qué sí o por qué no?**

Es importante saber que suspender el consumo de opioides repentinamente durante el embarazo puede ser peligroso tanto para la mujer embarazada como para el bebé. Controlar el consumo de opioides con medicamentos es una mejor manera de mantenerse saludable y bajar el riesgo de volver a consumir drogas. Por lo tanto, es mejor seguir tomando el medicamento en lugar de suspenderlo durante el embarazo. Es crucial hablar con un proveedor de atención de salud antes de tomar cualquier decisión sobre el tratamiento.

### **¿Debe una mujer embarazada esperar que su proveedor de atención de salud comience o suspenda los medicamentos o cambie a otras alternativas?**

Cada embarazo es diferente, por lo que no hay una respuesta única que sea correcta para todos. Dependiendo de la situación, una mujer embarazada puede comenzar, suspender o cambiar los medicamentos. Es común que los proveedores de atención de salud hablen sobre medicamentos, como la metadona <https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/metadona/> o la buprenorfina <https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/buprenorphine/>, y sugieran comenzar a tomarlos si es necesario. A veces, los proveedores pueden pensar en cambiar a un medicamento diferente, pero considerarán cuidadosamente los riesgos y beneficios. Lo mejor es consultar a un proveedor de atención de salud que sepa cómo dar las recomendaciones correctas para las mujeres embarazadas.

### **¿Qué puede hacer una mujer embarazada para abogar por sí misma en este escenario?**

Las mujeres embarazadas que luchan contra el consumo de opioides a menudo enfrentan desafíos para obtener la información y la ayuda adecuadas. A pesar de que puede haber juicio por parte de los demás, las mujeres embarazadas pueden beneficiarse de hablar por sí mismas. Una forma importante de hacerlo es comprender las razones detrás de los problemas que enfrentan y hablar sobre sus objetivos.

La investigación muestra que muchas personas recurren a las drogas debido a traumas pasados, no tener suficiente apoyo o dinero, lidiar con malos sentimientos y tener relaciones difíciles, entre otras razones. Al pensar en su propia situación y luchas, las personas pueden trabajar para abordar los principales problemas a los que se enfrentan.

Quiero que todas las mujeres embarazadas en esta situación sepan que aún pueden tener una buena relación con su bebé y atender sus necesidades. Es una buena idea encontrar un proveedor de atención de salud que sepa mucho sobre el trastorno por consumo de opioides para obtener el apoyo adecuado. Construir un sistema de apoyo sólido podría ser la clave para hacer un gran cambio y mejorarse.

Hay algunas maneras excelentes en que las mujeres embarazadas que se recuperan del trastorno por consumo de opioides pueden desarrollar su sistema de apoyo. Hablar sobre las dificultades personales en grupos de apoyo, con visitantes del hogar, con un consejero o con un terapeuta puede ayudar a desarrollar las herramientas y la confianza que necesita para aprender a abogar por sí misma y por su bebé con los proveedores de atención médica.

### **¿Cuál es la mejor manera para que la mujer embarazada comparta su preguntas e inquietudes con su obstetra?**

Para asegurarse de obtener el mejor apoyo, es útil encontrar un proveedor de atención de salud que conozca el tema del consumo de sustancias. Una excelente manera para que una mujer embarazada hable sobre sus preguntas y preocupaciones con su obstetra es anotarlas antes de una cita y llevar la lista con ella. A medida que avanza el embarazo, trabajar junto con el proveedor para planificar el trabajo de parto, el parto y la atención posparto puede preparar a los futuros padres para lo que está por venir en cada etapa. Sugiero pedirle a su obstetra que sea abierto y comparta información durante todo el proceso para que haya menos sorpresas cuando llegue el momento del parto, la atención después del parto y el cuidado del recién nacido.

### **Después del parto, ¿típicamente cómo es el período de un recién nacido para los padres y el bebé?**

Es común que los bebés experimenten síntomas de abstinencia de los medicamentos utilizados para tratar la adicción a los opioides (también llamado síndrome de abstinencia neonatal), pero esto no debe impedir que un proveedor de atención de salud recete los medicamentos o que las mujeres embarazadas los tomen. Después de que nazca el bebé, los padres deben trabajar con el proveedor de atención de salud de su bebé para vigilar al recién nacido y obtener ayuda cuando sea necesario. Es importante que los padres se involucren en el cuidado de su bebé y dediquen tiempo

a intimar con él. Si los padres sienten que no tienen oportunidades para hacer esto, pueden hablar y pedir las.

Los síntomas de abstinencia en un bebé son tratables, pero algunos bebés necesitan ser monitoreados más de cerca y durante todo el día. También puede ser útil prepararse con anticipación y saber si es posible que su bebé vaya a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en lugar de quedarse en la sala de recuperación con usted. Si bien pueden suceder cosas inesperadas en cualquier embarazo y parto, puede preguntar a sus proveedores con anticipación si creen que hay una razón por la que su bebé podría ir a la UCIN y qué podría esperar. Por ejemplo, es posible que desee saber cuánto tiempo podría estar su bebé en la UCIN y hacer un plan para abogar por poder ver, tocar y cuidar a su bebé con la mayor frecuencia posible durante la atención médica de su bebé.

### **¿Puede compartir algunos recursos recomendados?**

Existen programas, recursos y directorios de proveedores ampliamente disponibles, gratuitos y confidenciales a los que cualquiera puede acceder, incluidos los siguientes:

- La Línea Nacional de Asistencia a la Salud Mental Materna brinda apoyo 24/7 a las mujeres embarazadas y posparto que experimentan desafíos con el estado de ánimo y la ansiedad, así como a sus personas de apoyo y seres queridos. Llame o envíe un mensaje de texto al 1-833-852-MAMA (6262).
- MotherToBaby proporciona información sobre exposiciones, como medicamentos y enfermedades, durante el embarazo y la lactancia a través de su servicio telefónico gratuito 866-626-6847, mensaje de texto 855-999-3525, correo electrónico y chat en vivo a través de [MotherToBaby.org/es/](https://www.MotherToBaby.org/es/).
- La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) ofrece un directorio para encontrar proveedores de salud que se especialicen en el tratamiento de trastornos por consumo de opioides. Localice a un profesional [aquí](#). SAMHSA también proporciona una Línea Nacional de Ayuda que puede proporcionar referencias e información sobre tratamiento 24/7. Llame al 1-800-662-4357.
- La Línea de Ayuda de PSI proporciona información básica, apoyo y recursos para las mujeres embarazadas, posparto y con hijos, así como para sus personas de apoyo y seres queridos. Esta línea no funciona 24/7, pero los mensajes se devuelven diariamente. Llame al 1-800-944-4773 o envíe un mensaje de texto al 971-203-7773.
- El Directorio de Proveedores de PSI enumera a los profesionales médicos y de salud mental que están especialmente certificados para atender a las mujeres embarazadas y posparto. Accede al directorio [aquí](#).
- La Línea 988 de Prevención del Suicidio y Crisis está disponible 24/7, llamando o enviando un mensaje de texto al 988.
- Circle of Security es un programa basado en evidencia que ayuda a los padres a construir relaciones seguras entre padres e hijos, satisfacer eficazmente las necesidades de los bebés y ayudar a los padres a romper los ciclos de su propia infancia que no desean transmitir a sus hijos. Obtenga más información [aquí](#) y encuentre un facilitador de Circle of Security [aquí](#).

Acabábamos de compartir mucha información con Lyndsay. Se sintió aliviada al saber que su tratamiento de recuperación le permitiría mantenerse bien durante el embarazo y le daría la mejor oportunidad de tener un bebé sano. «Siento que tengo una mejor idea de qué preguntas debo hacerle a mi obstetra y pediatra», nos dijo. «Ahora me siento menos sola en esto y parece que también hay lugares donde puedo obtener más información».

## Referencias:

Blog de MotherToBaby: «Estimadas futuras mamás adictas a opioides, estamos aquí para ti»

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). **About opioid use during pregnancy.**

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). **Treatment for opioid use disorder before, during, and after pregnancy.**

Gerds-Andresen, T. (2021). Circle of security-parenting: a systematic review of effectiveness when using the parent training Programme with multi-problem families. **Nordic Journal of Social Research**, 12(1), 1-26.

Henry, M. C., Sanjuan, P. M., Stone, L. C., Cairo, G. F., Lohr-Valdez, A., & Leeman, L. M. (2021). Alcohol and other substance use disorder recovery during pregnancy among patients with posttraumatic stress disorder symptoms: A qualitative study. **Drug and Alcohol Dependence Reports**, 1, 100013.

Horton, E., & Murray, C. (2015). A quantitative exploratory evaluation of the circle of security-parenting program with mothers in residential substance-abuse treatment. **Infant mental health journal**, 36(3), 320-336.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). Clinical guidance for treating pregnant and parenting women with opioid use disorder and their infants. **Vol HHS Publication No.(SMA) 18-5054.**

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2024). Evidence-based, whole-person care for pregnant people who have opioid use disorder. SAMHSA Advisory.  
<https://store.samhsa.gov/sites/default/files/whole-person-care-pregnant-people-oud-pep23-02-01-002.pdf>

**Nota: Esta información no debe reemplazar la atención médica ni el asesoramiento de sus proveedores de atención de salud.**

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en [MotherToBaby.org](https://MotherToBaby.org) .

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 1 de noviembre de 2024.

## Cuando los murciélagos aparecen, la rabia asusta

«¡Ya no lo aguanto!» Caroline estaba embarazada de 5 meses y desesperada cuando contactó a MotherToBaby. «Mi migraña es tan grave que apenas puedo levantarme de la cama, pero siento que no puedo hacer nada al respecto porque estoy embarazada. ¡No quiero perjudicar al bebé!» A menudo recibimos preguntas como la de Caroline de mujeres que están planificando un embarazo o que ya están embarazadas y desean información sobre la prevención y el tratamiento de los dolores de cabeza por migraña, así que empecé preguntándole a Caroline qué habría usado si no estuviera embarazada. Caroline me dijo que habría tomado ibuprofeno y/o sumatriptán.

Las prevenciones y los tratamientos de la migraña se dividen en tres categorías básicas:

- **Remedios de venta libre** como aspirina u otros AINE, o paracetamol con o sin cafeína.
- **Medicamentos recetados** como opioides, varios anticonvulsivos, triptanos, antidepresivos tricíclicos y bloqueadores beta.
- **Terapias alternativas** como Botox u otras inyecciones de bloqueo nervioso, terapia de masaje, acupuntura, altas dosis de magnesio o aceites esenciales.

La mayoría de las mujeres han probado más de una terapia que les ha fallado antes de encontrar la terapia o combinación de productos que funciona para ellos. Las migrañas pueden ser muy debilitantes, por lo que la idea de tener que pasar sin prevención o tratamiento que funcione puede provocar mucha ansiedad. Sí, es cierto que algunas mujeres encuentran que sus migrañas desaparecen durante el embarazo, pero en otras, se vuelven más frecuentes. Tener un plan de prevención y tratamiento, por si acaso, es necesario. Podemos ayudar con el desarrollo de ese plan al proporcionar a las mujeres que sufren de migraña información basada en la evidencia sobre la seguridad de varios tratamientos durante el embarazo (¡y también durante la lactancia!). A continuación hay un breve resumen de muchos medicamentos y tratamientos comunes para la migraña, pero le recomendamos que visite nuestras **hojas informativas** o se **comunique con nuestros expertos** para obtener información más detallada.

## REMEDIOS DE VENTA LIBRE

Por lo general, los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos como la aspirina, el **naproxeno** y el **ibuprofeno** no se recomiendan en el embarazo.

El **acetaminofén (paracetamol)** en sí solo no siempre proporciona alivio para una migraña, pero su uso no debe ser de gran preocupación dependiendo de cuánto o con qué frecuencia se necesite.

La cafeína a veces se puede agregar para mejorar el alivio de una migraña en algunas mujeres. Por lo general, no se espera que tales dosis de cafeína creen una mayor probabilidad de un resultado adverso del embarazo. Para obtener más orientación sobre la cafeína, consulte nuestra [hoja informativa](#).

Otros remedios de venta libre que caen en las categorías de hierbas o suplementos tampoco se recomiendan, ya que no están bien regulados o estudiados para su seguridad. Vea nuestra hoja informativa sobre [productos herbales](#).

## MEDICAMENTOS RECETADOS

Muchas mujeres encuentran que los productos de venta libre no son lo suficientemente útiles así que buscan a sus proveedores de salud para el alivio de los medicamentos recetados. La prevención del dolor de cabeza en primer lugar es clave para algunas mujeres.

Los **betabloqueantes** han existido durante mucho tiempo y se usan diariamente para la prevención de la migraña en algunas mujeres. Los estudios no sugieren que su uso en el embarazo sea de alto riesgo. Consulte nuestras hojas informativas sobre **metoprolol** y **propranolol** para obtener información adicional.

Los antidepresivos tricíclicos, como la **amitriptilina** y **nortriptilina**, son medicamentos más antiguos que han tenido éxito en algunas mujeres para la prevención de las migrañas cuando se usan diariamente. Tampoco se ha encontrado que sean productos de alto riesgo cuando se usan en el embarazo.

Otros medicamentos, como ciertos anticonvulsivos, se han utilizado para prevenir o reducir la gravedad o la frecuencia de las migrañas. Sin embargo, estos medicamentos traen preocupaciones más complejas cuando se usan en el embarazo. La posibilidad de complicaciones en el embarazo debe sopesarse cuidadosamente contra los beneficios de mantener las migrañas bajo control.

Los productos «triptán» fueron diseñados específicamente para tratar las migrañas e incluyen el **sumatriptán**, **rizatriptán**, **frovatriptán**, y **naratriptán**. Entre ellos, el sumatriptán ha existido por más tiempo y tiene datos relativamente tranquilizadores sobre el uso durante el embarazo.

Los **opioides** se utilizan para tratar el dolor extremo causado por las migrañas. Si bien generalmente no se encuentra que causen un aumento significativo de la probabilidad de defectos de nacimiento, el uso regular puede crear problemas más adelante en el embarazo o después del nacimiento. En algunos casos, su uso puede causar dolores de cabeza de rebote y así crear aún más necesidad de tratamiento.

## TERAPIAS ALTERNATIVAS

Las migrañas pueden ser realmente difíciles de prevenir o tratar, y algunas mujeres recurren a terapias alternativas. Las inyecciones de **Botox**, **bupivacaína**, o **lidocaína** se han utilizado como bloqueadores neurales para tratar las migrañas. Sin embargo, puede que sea mejor no probarlos por primera vez durante un embarazo.

Algunas opciones no farmacéuticas incluyen la terapia de masaje y **acupuntura**. Es posible que su proveedor de salud pueda derivarla a alguien que tenga experiencia en la implementación de estos tratamientos con mujeres embarazadas.

Los **aceites esenciales** se usan tópicamente o en un difusor. Tenga cuidado de no ingerirlos. Si está amamantando o tiene un bebé, asegúrese de no dejar aceites en su piel donde el bebé podría ingerirlos por accidente.

Hemos recibido preguntas sobre el uso de altas dosis de magnesio para frenar las migrañas. No podemos recomendar esta opción y le sugerimos que busque el consejo de su proveedor de salud para determinar si dicho tratamiento sería útil o sabio.

## EL MENSAJE PRINCIPAL

Le di a Caroline un resumen de lo que se sabe sobre sus tratamientos habituales para la migraña, y le sugerí que tuviera una conversación con su proveedor de salud para discutir una alternativa más segura al ibuprofeno y para ver si su proveedor sugeriría cualquier otro cambio en su plan de tratamiento. La conclusión es que los beneficios de algunos tratamientos pueden superar los riesgos de no tratar las migrañas. Una mamá sana de pie a cabeza (especialmente una cabeza sin dolor) también es mejor para el bebé.

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en [MotherToBaby.org](https://MotherToBaby.org) .

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 1 de noviembre de 2024.

## Cuando los murciélagos aparecen, la rabia asusta

Las migrañas afectan a mil millones de personas en todo el mundo. Las migrañas son más comunes en las mujeres y durante el embarazo su frecuencia puede aumentar, disminuir o permanecer igual. **El año pasado hablamos con Caroline** sobre el tratamiento de su migraña a los cinco meses de embarazo. Ahora se ha comunicado con nosotros para analizar las opciones de tratamiento antes de intentar quedar embarazada nuevamente. Antes, cuando estaba embarazada de su primer hijo, estaba usando paracetamol y sumatriptán, pero descubrió que sus migrañas respondían mucho menos a estos productos con el tiempo. Hoy, Caroline está considerando los medicamentos más nuevos que han salido al mercado desde su último embarazo. Nunca ha usado un medicamento preventivo y tenía curiosidad por los datos de los nuevos productos. El proveedor de atención médica de Caroline ha sugerido que intente Emgality® (galcanezumab-gnlm) o Nurtec ODT® (rimegepant).

Dado que se comercializan muchos medicamentos nuevos para tratar y prevenir las migrañas, comencemos con una descripción general. Estos medicamentos más nuevos se llaman antagonistas del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), bloqueadores de los receptores de CGRP y bloqueadores de CGRP, y son una nueva categoría de tratamientos para la migraña. Algunos tratan los ataques de migraña, mientras que otros previenen las migrañas y otros hacen ambas cosas (como los que le interesan a Caroline).

Hay tantas opciones, así que veamos lo que dicen los datos cuando estos medicamentos se estudian durante el embarazo.

### Medicamentos que *previenen* las migrañas crónicas:

- Qulipta® (atogepant) – oral; CGRP receptor antagonist
- Ajovy® (fremanezumab-vfrm)-injection; CGRP blocker
- Vyepti® (eptinezumab-jjmr)- injection; CGRP receptor blocker
- Aimovig® (erenumab-aooe)- injection; CGRP receptor blocker

- Emgality® (galcanezumab-gnlm)- injection; CGRP blocker
- Nurtec ODT® (rimegepant)- tabs; CGRP receptor antagonist

## **Medicamentos que *tratan* los síntomas de las migrañas agudas:**

- Emgality®(galcanezumab-gnlm) – injection; CGRP blocker
- Nurtec ODT® (rimegepant)- tabs; CGRP receptor antagonist
- Ubrelvy® (ubrogepant)- oral; CGRP receptor antagonist

## **Medicamentos que *previenen y tratan* las migrañas:**

- Emgality®(galcanezumab-gnlm) – injection; CGRP blocker
- Nurtec ODT® (rimegepant)- tabs; CGRP receptor antagonist

Desafortunadamente, hay muy poca información que involucre datos humanos sobre Quilipta®, Nurtec ODT® o Ubrelvy®, por lo que nos quedamos sin la información que necesitamos para una evaluación completa del riesgo de estos medicamentos. Sin embargo, existen algunos datos en humanos en los medicamentos de Anjovy®, Vyepti®, Aimovig® y Emgality®. Estos datos son limitados, lo que significa que no tenemos mucha información.

Comencemos por desglosar la información que tenemos sobre Anjovy®, Vyepti®, Aimovig® y Emgality®. Estos cuatro medicamentos son todos anticuerpos monoclonales, lo que en términos científicos significa que son moléculas extremadamente grandes. Eso significa que es poco probable que atraviesen la placenta hasta aproximadamente la mitad del embarazo después de que se hayan desarrollado las estructuras y los órganos del bebé. Por lo tanto, estos medicamentos no deberían tener un impacto directo en el desarrollo del bebé. No se puede decir que no haya una mayor probabilidad de que el bebé se vea afectado, pero estos medicamentos pueden no ser exposiciones de alto riesgo. Estos medicamentos permanecen en el sistema de la persona durante mucho tiempo. Por lo tanto, si Caroline desea eliminar alguno de estos de su sistema antes de quedar embarazada, puede tardar aproximadamente 5 meses en eliminarse.

## ¿Cuáles son los informes específicos que tenemos sobre Anjovy®, Vyepti®, Aimovig® y Emgality® que nos ayudan a evaluar el riesgo de uso en el embarazo?

Hay 13 casos de exposición antes del embarazo y 10 exposiciones durante el embarazo en un informe sobre Ajovy® (fremanezumab-vfrm). En estos casos, no hubo un aumento en la pérdida de embarazos, y un niño nació con problemas renales y gastrointestinales que no se puede demostrar que fueran causados por el tratamiento con medicamentos en este momento.

Hay dos casos del uso de Vyepti® (eptinezumab-jjmr) durante el embarazo. Sin embargo, según lo que sabemos sobre los anticuerpos monoclonales y el tamaño de esta molécula, que es potencialmente demasiado grande para pasar a través de la placenta, tampoco se esperaría que tuviera un mayor riesgo de problemas cuando se usa en el primer trimestre. Sin embargo, se necesitan más datos y estudios para respaldar esta afirmación.

Hay 116 casos de Aimovig® (erenumab-aooe) en un reporte. Estos estudios incluyen uno previo al embarazo, 108 durante el embarazo, cinco durante la lactancia y dos en un momento desconocido. No se observó un aumento en la pérdida de embarazos ni en el patrón de defectos congénitos en los casos con resultados conocidos. Hubo seis casos de parto prematuro en este grupo. Un bebé tenía problemas de crecimiento, pero esa madre tomaba múltiples medicamentos. Hay al menos otros cinco casos en la literatura médica que dieron como resultado bebés que nacieron sin un resultado adverso del embarazo o defectos de nacimiento.

Finalmente, se le sugirió a Caroline Emgality® (galcanezumab-gnlm). Hay 125 casos con datos a considerar. Seis casos fueron con uso del medicamento antes del embarazo. 107 casos fueron con uso durante el embarazo, 5 con el uso durante la lactancia y 1 caso fue con uso del medicamento por parte del papá. Seis casos tenían un momento de uso desconocido. En este grupo de casos no se informó un aumento en la posibilidad de pérdida del embarazo o patrón de defectos de nacimiento.

Volviendo a nuestra llamada con Caroline, y cómo la asesoramos sobre los medicamentos que le interesaban, recuerde estos: Nurtec ODT® y Emgality®. Ambas opciones ofrecidas a Caroline pueden tratar y prevenir las migrañas, por lo que una no tiene ventaja sobre la otra en esa área. Discutimos con Caroline que en este momento no hay estudios en humanos sobre Nurtec ODT®. Sin embargo, los datos en animales parecen prometedores y de bajo riesgo en este momento. Además, es una droga que desaparece rápidamente del cuerpo. Por lo tanto, no tendría que dejarlo durante meses para eliminarlo de su cuerpo antes del embarazo. En ese momento, es posible que se informen nuevos datos humanos que podríamos compartir con ella más cerca de cuándo intentaría concebir. De otra manera, los datos humanos actuales sobre Emgality® parecen prometedores. Caroline dijo que planea discutir estos datos reproductivos con su proveedor de atención médica y elaborar un plan de acción. Caroline puede decidir probar cualquiera de estos medicamentos ahora y ver cómo funciona para ella antes de intentar quedar embarazada, y sabiendo que puede haber períodos de espera para eliminar los medicamentos de su cuerpo.

Al final del día, tratando con una migraña puede ser pesado, pero examinar datos actualizados no tiene por qué ser un dolor de cabeza. ¡Es por eso que MotherToBaby está aquí para ayudar!

**¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en [MotherToBaby.org](https://www.MotherToBaby.org) .**

---

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 1 de noviembre de 2024.