Reflexiones sobre el peso: ¿Cómo encajan los medicamentos GLP-1 en sus planes de embarazo?

Pensar en el embarazo mientras también se preocupa por el peso puede ser estresante. No está sola: aproximadamente 6 de cada 10 mujeres en los EE. UU. tienen sobrepeso u obesidad. Hablar sobre el peso puede ser difícil, pero es una parte importante de la planificación para un embarazo saludable.

Este blog explicará cómo el peso puede afectar el embarazo, qué son los medicamentos GLP-1 y lo que sabemos, hasta ahora, sobre su uso antes y durante el embarazo.

¿Por qué es tan importante controlar el peso antes del embarazo?

Tener sobrepeso u obesidad aumenta la probabilidad de varios problemas relacionados con el embarazo, entre ellos:

- Aborto espontáneo
- Defectos de nacimiento
- Parto prematuro (antes de las 37 semanas)
- Diabetes gestacional
- Presión arterial alta durante el embarazo
- Mortinato
- Parto por cesárea
- Eventos tromboembólicos (coágulos de sangre)

Puede leer más sobre la obesidad y el embarazo en nuestra hoja informativa aquí: https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/obesidad/

La buena noticia es que incluso una pequeña pérdida de peso (tan solo del 5 al 7 % de su peso corporal) antes del embarazo puede mejorar la salud y los resultados del embarazo. Comenzar antes de quedar embarazada es mejor. Algunas personas lo logran mediante una alimentación saludable y ejercicio, mientras que otras pueden necesitar

cirugía o medicamentos.

¿Qué son los medicamentos GLP-1?

Los GLP-1 son medicamentos que actúan como hormonas naturales en su cuerpo. Ayudan a controlar el azúcar en la sangre, ralentizan la digestión y le hacen sentir saciada por más tiempo. Esto puede llevar a la pérdida de peso. La mayoría de los GLP-1 se administran mediante inyecciones. Los más conocidos son la liraglutida (Victoza®) y la semaglutida (Ozempic®, Wegovy®, Rybelsus®). Estos también son los más estudiados en el embarazo hasta la fecha.

¿Puedo usar GLP-1 mientras intento quedar embarazada?

Las etiquetas actuales de los productos recomiendan suspender los medicamentos GLP-1 al menos 2 meses antes del embarazo. El tiempo que tarda el cuerpo en procesar el medicamento no es el mismo para todas las personas. En adultos sanos que no están embarazados, puede tardar hasta 6 semanas, en promedio, para que la mayoría de los GLP-1 desaparezcan del cuerpo.

Suspender el medicamento a veces puede causar aumento de peso, lo que puede resultar frustrante. Por ello, algunas personas optan por continuar hasta saber que están embarazadas. Es mejor hablar con sus proveedores de atención de salud sobre los riesgos y beneficios para usted.

¿Qué sabemos sobre los GLP-1 en el embarazo?

Esto es lo que la investigación nos dice hasta ahora:

- Los estudios que incluyen a más de 4,000 mujeres expuestas a GLP-1 durante el primer trimestre no han mostrado un aumento en la probabilidad de defectos de nacimiento o abortos espontáneos.
- La probabilidad de otros problemas relacionados con el embarazo, como mortinato, parto prematuro (antes de la semana 37) o bajo peso al nacer (menos de 5 libras, 8 onzas [2500 gramos] al nacer), tampoco aumentó con la exposición a GLP-1 durante el primer trimestre.

Es importante recordar que todo embarazo tiene un riesgo de base:

- De todos los bebés que nacen cada año, aproximadamente 3 de cada 100 (3%) tendrán un defecto de nacimiento.
- Entre 15 y 20 de cada 100 (15-20%) embarazos terminan en aborto espontáneo.

Los defectos de nacimiento y los abortos espontáneos suelen ocurrir en el primer trimestre, independientemente de si se usa medicación o no.

¿Por qué no se recomiendan los GLP-1 durante el embarazo?

En este momento, no se recomienda continuar con los GLP-1 después de confirmar el embarazo por 2 razones principales:

- No se aconseja perder peso durante el embarazo. Perder peso mientras se está embarazada podría aumentar las probabilidades de tener un bebé pequeño para la edad gestacional (PEG), lo que puede provocar complicaciones como:
    - Niveles bajos de oxígeno
    - Puntuaciones Apgar bajas (sistema de puntuación en recién nacidos para evaluar su bienestar)
    - Aspiración de meconio (inhalación de las primeras deposiciones del bebé)
    - Hipoglucemia (nivel bajo de azúcar en la sangre)
    - Dificultad para mantener la temperatura corporal
    - Policitemia (exceso de glóbulos rojos)

- Carecemos de investigaciones sobre los GLP-1 en el segundo y tercer trimestre. Sin estudios de investigación sobre su uso en el segundo y tercer trimestre, no sabemos si los GLP-1 aumentan las probabilidades de otros problemas relacionados con el embarazo.

Encontrando el camino adecuado para usted

Su camino es único y no hay una respuesta sencilla. Por eso es importante hablar con sus proveedores de atención médica sobre la mejor manera de abordar el control del peso antes del embarazo. Como la Dra. Sarah Obican, obstetra/ginecóloga certificada especializada en Medicina Materno-Fetal en Florida, dijo tan magistralmente en nuestro blog ***Luchando contra la obesidad antes del embarazo***, “Cada una de nosotras es maravillosamente individual” — y nuestros caminos de pérdida de peso y embarazo son también maravillosamente individuales.”

Reflexiones Finales

Ya sea que ya esté en un proceso de pérdida de peso o que apenas esté comenzando a pensar en el embarazo, merece apoyo e información confiable. Estamos aquí para ayudarle en cada paso del camino.

Enlaces útiles:

Hojas Informativas

- Obesidad y Embarazo: https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/obesidad/
- Semaglutida: https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/semaglutida/
- Tirzepatida: https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/tirzepatida-mounjaro-zepbound/

Blogs para familias:

- La Batalla a la obesidad antes del embarazo es “bellamente única” https://mothertobaby.org/es/baby-blog/la-batalla-a-la-obesidad-antes-del-embarazo-es-bellamente-unica/

Podcasts:

Ep. 64: Weight Loss and Ozempic in Pregnancy: https://mothertobaby.org/podcast/ep-64-weight-loss-and-ozempic-in-pregnancy/

Ep. 84: GLP-1 Medications & Pregnancy: What We Know So Far: https://mothertobaby.org/podcast/ep-84-glp-1-medications-pregnancy-what-we-know-so-far/

Publicado originalmente el 15/01/26, actualizado el 26/06/26.

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en 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, 26 de junio de 2026.

Reflexiones sobre el peso: ¿Cómo encajan los medicamentos GLP-1 en sus planes de embarazo?

Crecer un bebé es un trabajo duro, y a menudo viene acompañado de más hambre mientras tu cuerpo alimenta al pequeño que llevas dentro. Aunque la idea de «comer para dos» es un mito común, los cambios en los niveles de hambre, la digestión y la tolerancia de alimentos son verdaderos. Por ejemplo, podrías sentarte a disfrutar de una comida que has comido incontables veces antes, solo para experimentar una acidez repentina que no desaparece. O puede que planees una salida corta y, de repente, te encuentres buscando el baño más cercano por un malestar estomacal. Estas experiencias comunes pueden ser frustrantes y sorprendentes. Síntomas como acidez, indigestión, malestar estomacal y diarrea pueden alterar las rutinas diarias, interferir con el sueño y hacer que incluso los momentos más simples resulten incómodos durante el embarazo.

La comodidad desempeña un papel vital en la promoción tanto de la salud física como emocional. Esto incluye mantener una nutrición equilibrada, mantenerte hidratado, ser físicamente activo (de forma segura) y tratar de descansar de calidad suficiente. La comodidad no es un lujo sino que es una parte importante para mantenerte sano tanto para ti como para tu bebé. Sin embargo, es importante recordar revisar tus remedios habituales para asegurarte de que también pueden usarse durante el embarazo.

El subsalicilato de bismuto es un medicamento de venta libre que se usa a menudo para tratar síntomas como náuseas, acidez, indigestión, malestar estomacal y diarrea. Una vez que el subsalicilato de bismuto llega al estómago y los intestinos, se separa en ácido salicílico (que el cuerpo puede absorber) y compuestos de bismuto que en su mayoría no se absorben. El subsalicilato de bismuto está relacionado con la aspirina, ya que ambos forman parte de un grupo de medicamentos llamado salicilatos. Algunos productos que incluyen este ingrediente son Pepto-Bismol®, Bismatrol®, Diotame®, Kaopectate® y Kao-Tin®.

¿Se pueden usar productos que contengan subsalicilato de bismuto durante el embarazo?

En general, no se recomienda el uso de productos que contienen subsalicilato de bismuto durante el embarazo, especialmente en el segundo y tercer trimestre. He aquí por qué:

- El subsalicilato de bismuto está relacionado con la aspirina, que es un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE). Los AINE pueden aumentar la probabilidad de ciertos riesgos durante el embarazo, como complicaciones de sangrado.
- Existen preocupaciones sobre efectos en los riñones fetales y niveles bajos de líquido amniótico (el líquido que rodea al feto durante el embarazo).
- Existen preocupaciones sobre efectos en el corazón y los vasos sanguíneos fetales si se toman en las etapas avanzadas del embarazo. Esto puede causar hipertensión en los pulmones fetales (hipertensión pulmonar).

Afortunadamente, hay otras formas de ayudar a manejar esos molestos problemas de estómago. ***Nota: Asegúrese de usar medicamentos y otros tratamientos según lo indicado en la etiqueta o según su proveedor de atención médica.***

- Para acidez e indigestión: Antiácidos como el carbonato de calcio (Tums®) pueden usarse según las indicaciones durante el embarazo. Usarlos también puede ayudar con la ingesta de calcio.
- Para las náuseas: Los proveedores de atención medica han recomendado suplementos de vitamina B6, doxilamina (un antihistamínico) o jengibre. Tu proveedor también puede sugerir medicamentos con receta si es necesario.
- Para la diarrea: Es importante mantenerte hidratado. Tu proveedor puede recomendarte medicamento dependiendo de la causa y gravedad de tu condición.
- MotherToBaby cuenta con hojas informativas acerca de estas exposiciones:
    - Aspirina de concentración regular
    - Carbonato de calcio
    - Succinato de doxilamina-hidrocloruro de piridoxina
    - Jengibre

Consulta siempre con tu profesional de atención médica antes de tomar cualquier medicamento durante el embarazo, incluso si es de venta libre. Pueden hablar contigo sobre tus síntomas y qué tratamiento es el mejor para ti.

¿Y si ya tomé Pepto-Bismol?

Primero, no te asustes. Una dosis probablemente no cause daño. Pero siempre es buena idea mencionarlo a tu profesional de atención médica, especialmente si estás en el segundo o tercer trimestre. Pueden ayudarte a evaluar si es necesario hacer algún seguimiento y tranquilizarte en adelante. También pueden hablar contigo sobre la mejor manera de tratar tus síntomas durante el embarazo.

El embarazo ya puede resultar incómodo a veces, así que lidiar con problemas estomacales además de todo lo demás puede ser frustrante. Aunque algunos ingredientes comunes como el subsalicilato de bismuto no se recomiendan durante el embarazo, existen opciones que pueden ayudarte a sentirte mejor. En caso de duda, está bien preguntar a tu profesional de atención médica o a un especialista en MotherToBaby. Recuerda, cuidar tu comodidad es una parte importante para cuidar tu embarazo.

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en 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, 26 de junio de 2026.

Reflexiones sobre el peso: ¿Cómo encajan los

medicamentos GLP-1 en sus planes de embarazo?

Marie llamo con una pregunta, “Mi bebe tiene 4 semanas de nacida. Mi esposo y yo la adoramos, pero es mucho trabajo, y no queremos tener otro bebe en este momento. Mi esposo y yo también queremos reiniciar nuestra vida sexual. ¿Puedo yo usar control de natalidad mientras estoy amamantando?”

MotherToBaby está aquí para ayudarle con algunas preguntas! Por supuesto, antes de decidir, debe hablar con sus proveedores de salud para obtener su consejo médico. Todos somos diferentes, y puede ser que algunas formas de control de natalidad no sean la mejor opción para usted.

¿Se puede usar amamantamiento como contraceptivo?

Amamantar su bebe tiene muchos beneficios. La leche materna contiene anticuerpos que se pasan al bebe, y pueden ayudarlos desarrollar su sistema inmunológico para protegerlos contra infecciones. Le leche materna es también una buena fuente de alimentación. Cuando una mujer está amamantando, puede ocurrir la amenorrea (cuando menstruación mensual no ocurre). Amamantamiento puede ser una forma de control de natalidad temporaria cuando una persona está amamantando exclusivamente (es decir, no usando formula), todavía no ha tenido un periodo menstrual, y él bebe tiene menos de 6 meses de nacido. Este método a veces se llama “método de la amenorrea de la lactancia (MELA)”. MELA no trabaja para todos personas, y no es un método confiable para todas las parejas. Algunas personas no desarrollan la amenorrea y en esos casos otra forma de contracepción se recomienda.

¿Hay otras formas de contracepción que podría usar mientras estoy amamantando?

Muchas formas de contracepción no afectan la lactancia, pero opciones que contienen estrógeno pueden reducir la cantidad de leche que está produciendo. Con algunas formas de contraceptivo, sus proveedores médicos le pueden sugerir esperar 4-6 semanas después del parto para establecer la lactancia, y para darle tiempo para que su cuerpo se recupere del parto.

También se debe considerar que tan serios están en prevenir otro embarazo. Algunas opciones como un dispositivo intrauterino, implante hormonal, y la inyección de Depo-Provera son 98-99% efectivos en prevención de embarazo (quiere decir que solo 1 o 2 de cada 100 mujeres tendrán un embarazo cada año usando estos métodos). La píldora para control de natalidad es aproximadamente 93% efectiva en prevención de embarazo (quiere decir que aproximadamente 7 de cada 100 mujeres tendrán un embarazo cada año usando la píldora). El condón es aproximadamente 85% efectivo, y depende de que tan cuidadosamente se vaya a usar (es decir que aproximadamente 15 de cada 100 mujeres tendrán un embarazo cada año usando este método).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogas (ACOG) tiene una página de la red con respuestas a las preguntas más frecuentes sobre contraceptivo incluyendo las ventajas y desventajas de cada método de contracepción: https://www.acog.org/womens-health/faqs/postpartum-birth-control

Opciones de Contracepción Hormonal

Hay muchas diferentes opciones de contraceptivo hormonal incluyendo píldoras tomadas oralmente (por boca), inyecciones, implantes, y algunos dispositivos intrauterinos. Algunas opciones contienen estrógeno combinado con la progesterona, y otros contienen solamente la progesterona. En general, se espera que solo una cantidad pequeña de hormona pasa a la leche materna, y con estos niveles bajos, no esperamos observar efectos secundarios en él bebe. Pero es posible que algunas formas puedan afectar la cantidad de leche producida.

Algunas opciones de contraceptivo conteniendo estrógeno incluyen “píldoras de contraceptivo combinado,” el parche de la piel, y el anillo vaginal. La desventaja de estrógeno es que puede reducir y a veces puede parar la lactancia materna. Proveedores de salud típicamente recomiendan esperar empezar métodos conteniendo estrógeno hasta por lo menos 4 semanas después del parto, para permitir que la lactancia materna este bien establecida.

Solo-progesterona contraceptivos incluyen opciones como las píldoras con solo la progesterona (“minipíldoras”), la inyección (por ejemplo la inyección de Depo-Provera), el implante (por ejemplo Nexplanon), un dispositivo intrauterino, y contracepción de emergencia. Opciones con solo progesterona generalmente no afectan la cantidad de leche producida o la calidad de la lecha. Algunos grupos profesionales sugieren esperar 4-6 semanas después del parto antes de obtener la inyección de Depo-Provera, porque la cantidad de hormona en la sangre y leche debido a la inyección están más altas alrededor del tiempo administrado.

Opciones de Anticonceptivos Sin Hormonas

Opciones de anticonceptivos sin hormonas incluyen métodos de barrera física como el condón y condón interno (femenino), el diafragma, la espermicida, el capuchón cervical, la esponja, y el dispositivo intrauterino de cobre. Ninguna de estas opciones afecta la producción de la leche materna.

Método de Conciencia de Fertilidad/Opciones de Estilo de Vida

Métodos de control de natalidad que no contienen hormonas o barrera física incluyen observación de la fertilidad (anotar el ciclo en el calendario) y la abstinencia. La observación de la fertilidad (método de calendario) es cuando se nota el ciclo del periodo menstrual y se evitan relaciones sexuales en los días más fértiles (cuando es más probable quedar embarazada). Este método no es muy efectivo después de un parto porque el ciclo menstrual puede ser irregular durante esos primeros meses. Abstinencia es evitar relaciones sexuales vaginales y eligiendo ser intimo en otras maneras que no pueden resultar en un embarazo. La abstinencia es 100% efectivo en prevenir el embarazo.

Resumen

¿Para resumir, cual es la mejor forma de contracepción durante la lactancia materna? Cada persona es diferente, y es importante hablar con sus proveedores de salud sobre cuales opciones serán mejores para usted. Se debe tomar en cuenta el tiempo para iniciar, que tan eficaz es el método, decisiones sobre planificación familiar, y otras

consideraciones de salud personal.

Los Recursos

2023. Postpartum Birth Control; Frequently Asked Questions. American College of Obstetrics and Gynecology. https://www.acog.org/womens-health/faqs/postpartum-birth-control

Berens P, Labbok M; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #13: Contraception During Breastfeeding, Revised 2015. Breastfeed Med. 2015 Jan-Feb;10(1):3-12. doi: 10.1089/bfm.2015.9999. PMID: 25551519.

2024. Contraception and Birth Control Methods. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/contraception/about/index.html

2024. About Breastfeeding. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/breastfeeding/php/about/index.html

Goulding Alison N., Wouk Kathryn, and Stuebe Alison M., Contraception and Breastfeeding at 4 Months Postpartum Among Women Intending to Breastfeed. Breastfeeding Medicine. January 2018, 13(1): 75-80.

Stanton TA, Blumenthal PD. Postpartum hormonal contraception in breastfeeding women. Curr Opin Obstet Gynecol. 2019 Dec;31(6):441-446. doi: 10.1097/GCO.0000000000000571. PMID: 31436540.

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, 26 de junio de 2026.

Reflexiones sobre el peso: ¿Cómo encajan los medicamentos GLP-1 en sus planes de embarazo?

Durante los más de 40 años que las afiliadas de MotherToBaby han estado sirviendo al público con educación sobre las exposiciones durante el embarazo, muchas mujeres han llamado muy angustiadas, a veces llorando, al descubrir que estaban embarazadas mientras tomaban un medicamento categorizado como X o D en el sistema de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés). «¡He estado tomando píldoras anticonceptivas y aun así quedé embarazada! ¿Significa esto que mi bebé tendrá defectos de nacimiento? ¡Es una droga de categoría X, por el amor de Dios!» Este tipo de reacción histérica era, desafortunadamente, una llamada común. No era raro incluso escuchar que algunas de estas mujeres habían contemplado la interrupción de embarazos que de otro modo desearían. La FDA se dio cuenta de que estas categorías de embarazo no eran tan útiles como pretendían y dejó de usarlas en 2014, hace unos diez años. Ahora utilizan la Regla de Etiquetado de Embarazo y Lactancia (PLLR, por sus siglas en inglés) que tiene un resumen narrativo para los medicamentos, similar a lo que encontrará aquí en MotherToBaby.

Pero primero, un poco de historia…

Durante décadas, la FDA había estado al tanto de problemas significativos con el sistema utilizado para categorizar los medicamentos para su uso en el embarazo. En 1992, la Teratology Society (ahora conocida como Society for Birth Defects Research and Prevention), un grupo de científicos multidisciplinarios que estudian los defectos de nacimiento, expresó su preocupación y señaló que el sistema de Categoría o 'CAT' conducía a interrupciones innecesarias de embarazos deseados. La Iniciativa de Etiquetado del Embarazo de la FDA recomendó la eliminación del sistema CAT, cambiando la etiqueta para incluir declaraciones de riesgo más descriptivas y exigiendo que los prospectos de medicamentos se actualicen cuando se conozca la información en humanos.

Antes de que cambiara la regla de etiquetado, cuando se aprobaba la comercialización de un medicamento en los EE. UU., tenía que estar etiquetado con uno de los cinco CAT del embarazo: A, B, C, D o X. El A significaba que el fármaco estaba bien estudiado y no representaba una amenaza para un bebé en desarrollo; El B era un fármaco menos estudiado, pero probablemente de bajo riesgo; El C era un fármaco que no había sido estudiado y, por lo tanto, se desconocía el riesgo; un medicamento de clase D, basado en datos animales o humanos, puede haber planteado un riesgo; y la clasificación X significaba que el medicamento, basado en datos animales o humanos, causaba defectos de nacimiento o no había ningún beneficio por su uso durante el embarazo, así que no se recomendó su uso durante el embarazo.

Más del 90 por ciento de los nuevos medicamentos se clasificaron como CAT C, D o X, con la gran mayoría siendo de C. Los fabricantes de medicamentos estaban legalmente obligados a actualizar la categoría si se reportaban resultados perjudiciales. Sin embargo, no existía tal requisito para actualizar la categoría cuando los estudios ***no*** mostraban problemas en el embarazo. La mayoría de los medicamentos en el mercado en 2014 estaban catalogados como CAT C, cuando en realidad la mayoría de ellos deberían haber sido etiquetados como CAT A o B. Los fabricantes sabían que, independientemente de los antecedentes de una mujer, todos los embarazos conllevaban un riesgo del 3 por ciento de tener un hijo con un defecto de nacimiento importante. Debido a esto, es posible que muchos fabricantes se hayan sentido mejor protegidos de las demandas si sus medicamentos figuraban como CAT C, D o X. Entonces, realmente, ¿por qué subirían los medicamentos en esas categorías hasta A o B? Realmente no tenían un incentivo.

Adelante, y lo que significa para mamá…

Con el cambio de regla de la FDA en 2014, se implementó un nuevo conjunto de requisitos para informar mejor a las mamás. Ahora requiere que los fabricantes «actualicen» el etiquetado de un medicamento cuando los estudios muestran que el riesgo ha cambiado. Además, los fabricantes tendrán que explorar varias formas de discutir en detalle los riesgos asociados con el medicamento. Una fuente experta que los fabricantes pueden consultar es un servicio de información de teratología, como MotherToBaby. ¡Más información le ayudará a tomar decisiones más informadas sobre su salud y su embarazo!

Todavía habrá confusión…

A medida que veamos la implementación de las nuevas etiquetas, todavía habrá muchos medicamentos en el mercado con el sistema TAC, ya que llevará tiempo actualizarlos todos. MotherToBaby no recomienda que el público o los proveedores confíen en el antiguo sistema CAT para la evaluación de riesgos. Estamos dispuestos para recibir sus preguntas sobre el sistema, así como sus preguntas sobre medicamentos específicos durante el embarazo y la lactancia para una evaluación de riesgos completa y personalizada. Llámenos GRATIS al 866-626-6847.

Lynn Martinez es especialista en información de teratología jubilada. Durante las últimas tres décadas, Lynn ha viajado por Utah educando a médicos, enfermeras parteras, farmacéuticos y otros.

Julia Robertson, CPM, ahora jubilada, trabaja a tiempo parcial supervisando los esfuerzos de control de calidad para MotherToBaby. En sus 25 años de carrera como especialista en información de teratología, fue autora de varias publicaciones evaluadas por pares que se centraron en el consumo de medicamentos maternos y el efecto en el feto en desarrollo.

- Friedman, J. Teratology 1993:48:506
- Para obtener más información, visite: http://www.fda.gov/drugs/developmentapprovalprocess/developmentresources/labeling/ucm093307.htm

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, 26 de junio de 2026.

Reflexiones sobre el peso: ¿Cómo encajan los medicamentos GLP-1 en sus planes de embarazo?

Hace frío afuera... y es la temporada para que MotherToBaby conteste preguntas sobre medicamentos para la tos y el resfrío mientras amamanta.

Algunos hechos «fríos» y duros

Factores como la edad de su bebé y si nació prematuramente o si tiene problemas de la salud crónicas son importantes. Los bebés muy jóvenes (menos de 3 meses) pueden tener más dificultad para metabolizar los medicamentos en la leche y pueden ser más susceptibles a los efectos secundarios como la somnolencia. La leche también es su dieta completa, y algunos medicamentos pueden reducir su suministro de leche. Cuanto mayor sea su bebé, menos probable es que el medicamento le cause un problema severo, pero aun así es una buena idea tener cuidado. También consideramos qué cantidad del medicamento generalmente termina en la leche materna y si el medicamento se considera aceptable para administrarlo directamente al bebé.

Muchos medicamentos para la tos y el resfrío vienen en productos combinados. En algunos casos, ¡termina tomando medicamentos adicionales para un síntoma que no tiene! Además, algunos medicamentos actúan juntos para causar más problemas. Por ejemplo, los descongestionantes y los antihistamínicos tomados juntos pueden tener una capacidad adicional para reducir el suministro de leche. Tomar un solo medicamento a la vez le permite estar seguro de que está usando solamente el que necesita.

Considere si sus síntomas necesitan tratamiento médico... ¿vale la pena la exposición potencial a su bebé, especialmente porque muchos medicamentos no se han estudiado muy bien en la lactancia? Las estrategias sin medicamentos, como un humidificador, una ducha o baño tibio, o una irrigación nasal con solución salina, pueden ser reconfortantes.

La mayoría de las vitaminas o minerales que se toman por encima de la cantidad diaria recomendada (RDA, por sus siglas en inglés) no se han estudiado muy bien durante la lactancia. Los agentes herbales también están poco estudiados, lo que dificulta saber si son peligrosos o no durante la lactancia. En general, se deben evitar suplementos como estos.

La fiebre y los dolores corporales

Los medicamentos comunes para tratar estos síntomas son el paracetamol (acetaminofén) y el ibuprofeno. Ambos terminan en la leche materna en pequeñas cantidades y pueden administrarse directamente a los bebés. Cuando se usan como se recomienda en la etiqueta, es poco probable que estos medicamentos le hagan daño a su bebé.

La aspirina no se administra a los bebés porque puede causar sangrado o una afección llamada síndrome de Reye (inflamación del cerebro). Muy poca aspirina ingresa en la leche materna, pero para estar segura, es posible que desee

tener cuidado al tomarla cuando está amamantando, a menos que se la recete para una afección médica y el proveedor de atención médica de su bebé esté de acuerdo con su uso.

El goteo nasal (medicamentos que se secan la nariz como descongestionantes y antihistamínicos)

Los descongestionantes nasales de venta libre se dividen en dos categorías: orales y tópicos/spray.

Los descongestionantes orales (pastillas) incluyen la pseudoefedrina y la fenilefrina. Estos medicamentos no se administran directamente a los bebés y pueden ponerlos nerviosos y hacer que duerman mal, y también pueden reducir su producción de leche.

Los antihistamínicos orales (pastillas) incluyen la clorfeniramina, la doxilamina y la difenhidramina. Cantidades variables pasan a la leche; pueden hacer que su bebé esté somnoliento o irritable y pueden reducir su producción de leche. Tampoco son medicamentos que se administran directamente a los bebés.

Los descongestionantes tópicos (spray) como la oximetazolina no se han estudiado muy bien en la lactancia. Sin embargo, no se absorben muy bien por la nariz y, por lo tanto, es probable que no pase mucho a la leche.

La tos

Los medicamentos para la tos de venta libre más comunes son el dextrometorfano (supresor de la tos) y la guaifenesina (afloja la mucosidad). No pasa mucho dextrometorfano a la leche; no se sabe si la guaifenesina pasa a la leche. Algunos jarabes para la tos contienen alcohol, lo que sería un peligro para su bebé. Asegúrese de revisar su etiqueta.

Las pastillas para la tos pueden tener solo azúcar y saborizantes, o pueden incluir miel, mentol, zinc o agentes a base de hierbas. Lea su etiqueta antes de tomar los medicamentos ya que muchos componentes no se han estudiado muy bien en la lactancia.

Esperamos que se sienta mejor pronto, y si tiene más preguntas o nota efectos secundarios en su bebé que sospecha que pueden estar relacionados con un medicamento que está tomando, hable con el proveedor de atención médica de su bebé.

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, 26 de junio de 2026.