



Servicio de
Salud
Araucanía Sur
Ministerio de Salud
Gobierno de Chile



GUÍA CLÍNICA

MEDICAMENTOS EN EL EMBARAZO

Elaborado por:
LORETO RIVERA GONZÁLEZ
Químico Farmacéutico
Referente de Farmacia Clínica y Farmacovigilancia del SSASUR

8.^o
GUÍA
CLÍNICA



COLABORADORES

Karen Rehren Leal

Médico de la Especialidad de Obstetricia y Ginecología
Referente del SSASUR

Claudia Navarro Gutierrez

Matrona referente del Programa Salud Sexual y
Reproductiva Departamento de Atención Primaria y Red
Asistencial del SSASUR.

Juan Pablo Cárcamo Saldaña

Jefe del Subdepartamento Procesos Clínicos y
Sociosanitarios Departamento Integración de la Red del SSASUR.

ÍNDICE

01	INTRODUCCIÓN	3
02	OBJETIVO	4
03	CAMBIOS FISIOLÓGICOS QUE SE PRODUCEN EN EL EMBARAZO	4
04	RIESGOS POTENCIALES	5
05	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	6
06	CLASIFICACIÓN DE LA FDA	6
07	RECOMENDACIONES:	8
08	BIBLIOGRAFIA	9
09	ANEXOS	11



01. INTRODUCCIÓN

La gestación es una etapa en la que la madre va a estar expuesta a varios cambios fisiológicos y farmacocinéticos, los cuales pueden provocar que cualquier proceso, que en otra situación no tendría mayor importancia, durante esta etapa puede repercutir de manera importante tanto en la gestante como en el feto. El incremento de edad a la que las mujeres están teniendo hijos y la posibilidad de embarazo en mujeres con condiciones que se creían incompatibles, han influido en el aumento del número de mujeres sometidas a tratamientos farmacológicos crónicos por enfermedades que han sido diagnosticadas antes de quedar embarazadas.

Las malformaciones congénitas han sido un problema en distintas épocas; pues se creía que la placenta protegía al feto de exposiciones a elementos perjudiciales, sin embargo, esto cambió cuando se descubrió que la Rubéola materna era teratogénica. Dos décadas después, la Talidomida demostró que los fármacos también pueden producir malformaciones y desde entonces ha quedado demostrado que existe una serie de medicamentos teratogénicos y muchos otros por estudiar.

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) causadas por exposición durante la gestación puede manifestarse desde el estado de embrión, feto, recién nacido o incluso más tardíamente, en la adolescencia o adultez.

La información sobre seguridad de fármacos en la gestación es abundante, pero existe poca evidencia científica, por razones éticas muy pocos ensayos clínicos se han realizado y publicado. No es fácil realizar la valoración del riesgo potencial de un medicamento utilizado durante el embarazo, pues debe tenerse en cuenta no sólo su capacidad intrínseca para originar malformaciones o problemas durante la gestación y el parto, sino también la fase del embarazo en que se utiliza, la dosis y duración del tratamiento y la propia patología materna para poder establecer un marco de actuación sobre la teratogenicidad o no de un medicamento.

El presente trabajo "Guía de Fármacos en Embarazadas", tiene el propósito de entregar a los equipos de salud, información resumida, de búsqueda sencilla y rápida de los fármacos en el embarazo, basado en la clasificación que la Food and Drugs Administration (FDA) realiza a los medicamentos según su potencial teratógeno (A, B, C, D, X) (Tabla N°2) y según la lista de fármacos de uso habitual en embarazo que dispuso el Ministerio de Salud en la Guía Clínica Perinatal del año 2015, que aún sigue vigente.



02. OBJETIVO:

Aportar información que permita evaluar la seguridad de la utilización de los medicamentos indicados a las embarazadas.

03. • CAMBIOS FISIOLÓGICOS QUE SE PRODUCEN EN EL EMBARAZO:

Los cambios fisiológicos que acontecen a lo largo del embarazo pueden modificar la farmacocinética de los medicamentos (Tabla N°1) en las distintas fases de la misma (absorción, metabolismo y eliminación), estos cambios pueden afectar tanto a su eficacia, como a su seguridad. Dichos cambios suelen acontecer, como norma general, de forma gradual y con carácter progresivo, siendo más acusados en los meses finales de la gestación, y tienden a regresar a su situación de partida pocas semanas después de producirse el parto.

Tabla N°1: Modificaciones fisiológicas en el embarazo y los efectos farmacocinéticos que se producen

PROCESO FARMACOCINÉTICO	CAMBIOS FISIOLÓGICOS	EFFECTO FARMACOCINÉTICO
Absorción	-Enlentecimiento del vaciado gástrico. -Disminución de la motilidad gastrointestinal. -Aumento del flujo sanguíneo.	- Ligero retraso en la absorción. -Aumento de la absorción. -Aumento de la absorción.
Distribución	-Aumento del agua corporal total. -Disminución de la albúmina plasmática. -Disminución de la unión a proteínas.	-Aumento de la forma activa del medicamento. -Aumento del volumen de distribución.
Metabolismo	-Aumento de la actividad de enzimas microsómicas. -Disminución de la actividad sistema oxidadas.	-Modificación de los requerimientos necesarios.
Eliminación	-Aumento del filtrado Glomerular.	-Aumento aclaración renal.



04. RIESGOS POTENCIALES:

Básicamente se pueden agrupar en dos los principales riesgos potenciales que supone la administración de fármacos a lo largo de la gestación:

- + Efectos teratogénicos.
- + Alteraciones funcionales de los órganos fetales.

Para que dicha alteración se produzca es necesario que confluya una serie de circunstancias; la utilización de un fármaco que sea potencialmente teratógeno, que sea administrado a una dosis y durante un período de tiempo suficientes y que esta interacción suceda en un período específico de la gestación.

Aunque el riesgo de malformaciones relacionadas con la toma de medicamentos se mantiene a lo largo de todo el embarazo, las etapas de mayor riesgo son las que coinciden con el período de implantación (semana inicial de la gestación) y con el período de organogénesis (aproximadamente las primeras 8 semanas).

Pasado el primer trimestre de gestación, las posibilidades de malformación disminuyen de forma significativa, pero esto no lo convierte en período seguro, ya que en estas etapas de la gestación se produce el crecimiento fetal y el desarrollo funcional de sus órganos, y la interacción de un medicamento puede provocar la aparición de alteraciones tanto en el crecimiento fetal como en el desarrollo funcional.

La posible transferencia de medicamentos a través de la placenta es un hecho importante, porque hay algunos que pueden causar anomalías congénitas o generar efectos adversos en el neonato. La liposolubilidad, la magnitud de la unión a proteínas plasmáticas y el grado de ionización de ácidos y bases débiles son determinantes generales importantes.

El plasma del feto es levemente más ácido que el de la madre, razón por la cual se produce la retención de iones de fármacos alcalinos.

La placenta posee glucoproteínas P que actúa como transportador de "salida" que limita la exposición del feto a sustancias potencialmente tóxicas. Por lo anterior, el feto, en cierta medida está expuesto a todos los medicamentos que la madre recibe.



05. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO:

Conocer el riesgo que conlleva el empleo de un principio activo durante el embarazo o la gestación es vital para disminuir las complicaciones. En este sentido, las clasificaciones que catalogan este riesgo son de gran utilidad para la práctica clínica diaria.

La clasificación más aceptada respecto al uso de medicamentos durante la gestación es la publicada por la FDA, que clasifica los distintos fármacos en cinco categorías, atendiendo principalmente a los riesgos, pero valorando también los beneficios.

06. CLASIFICACIÓN DE LA FDA:

Con la finalidad de orientar al médico en su decisión de usar los fármacos en una gestante, la FDA asignó las categorías de riesgo de embarazo a todos los fármacos disponibles en los Estados Unidos (Tabla N°2).

Las categorías son designadas con las letras A, B, C, D y X, en orden creciente de riesgo estimado. Las drogas de la categoría A son consideradas usualmente seguras en el embarazo y los fármacos de la categoría X son los que están contraindicados. Esto no quiere decir que un medicamento catalogado como C sea más seguro que uno catalogado como D, pues en la categoría C se encuadran muchos medicamentos a los que se les asigna esa categoría al aprobarlos. Algo muy importante que se obvia en este y todos los sistemas de clasificación de fármacos es el periodo de exposición al fármaco.



Tabla N°2: Seguridad de fármacos en el embarazo. Clasificación de la FDA

CATEGORÍA	SEGURIDAD	DESCRIPCIÓN
A	Sin riesgos aparentes	No hay evidencia de riesgo fetal. SE PUEDE UTILIZAR
B	Sin riesgos aparentes	No existen pruebas de riesgo en especie humana. PROBABLEMENTE SEGURO
C	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. UTILIZAR VALORANDO RELACIÓN BENEFICIO/RIESGO
D	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	Contraindicado	Existe evidencia de riesgo fetal en el ser humano. El riesgo sobrepasa cualquier beneficio del empleo del fármaco. CONTRAINDICADO.

En el año 2008 la FDA reconoce las limitaciones y propone nuevas reglas para etiquetar los fármacos en donde considera, evaluación clínica, exposición inadvertida y riesgo disponible.

En 2015, la FDA continúa eliminando gradualmente las categorías anteriores y exige la información de estudios en humanos y animales disponibles, de las reacciones adversas maternas o fetales conocidos o potenciales y los ajustes necesarios de la dosis durante el embarazo y el puerperio. Desde junio del 2015 exige el etiquetado de los medicamentos con información pormenorizada de los riesgos en la gestación, tanto para pacientes como para médicos.



07. RECOMENDACIONES:

Finalmente, recomendamos a los profesionales de salud la importancia de tomar los siguientes resguardos:

1. Considerar a toda mujer en edad fértil como embarazada o potencial en el momento de prescribir un fármaco.
2. Descartar embarazo antes de iniciar método anticonceptivo.
3. Prescribir únicamente los fármacos absolutamente necesarios.
4. Restringir de forma rigurosa la prescripción de fármacos durante el primer trimestre de gestación y las primeras semanas de lactancia.
5. Utilizar fármacos de experiencia constatada sobre su seguridad. En caso de no ser posible, utilizar la alternativa farmacológica de menos riesgo potencial.
6. Evitar siempre que sea posible la polimedication.
7. Informar y educar sobre los peligros de la automedicación en estas etapas.
8. Vigilar la aparición de posibles complicaciones cuando se indique un medicamento.
9. Hacer seguimiento adecuado de las mujeres embarazadas que hayan tenido la necesidad de administrar algún medicamento, realizar evaluación de desarrollo fetal y estado de salud del hijo después del parto.
10. Notificar al Centro Nacional de Farmacovigilancia las sospechas de RAM de las que tomen conocimiento, en casos de dudas contactar al profesional Encargado de Farmacovigilancia de su establecimiento.



BIBLIOGRAFIA

- 1 www.fda.gov/pregnancy
- 2 <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/la-fda-recomienda-evitar-el-uso-de-medicamentos-aine-durante-el-embarazo-y-partir-de-las-20-semanas>
- 3 Guía Clínica Perinatal 2015. Subsecretaría de Salud Pública. Departamento de Ciclo Vital. Programa Nacional Salud de la Mujer.
- 4 https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2CD_GUIA-PARA-LAS-BUENAS.pdf
- 5 Nota informativa de farmacovigilancia. Malformaciones congénitas asociadas al uso de medicamentos, 03/07/2017 ISP.
- 6 Nota informativa de Farmacovigilancia. El ISP advierte sobre reacciones adversas graves asociadas al uso prolongado de Nitrofurantoina., 16/06/2022 ISP.
- 7 <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-atencion-farmaceutica-mujeres-embarazadas-ii--13038006>.
- 8 <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-atencion-farmaceutica-mujeres-embarazadas-i--13035871>.
- 9 https://www.1aria.com/images/imagenes_subidas/MEDICAMENTOS%20Y%20EMBARAZO.pdf.
- 10 <https://cedipcloud.wixsite.com/minsal-2015/frmacos-de-uso-habitual>.
- 11 <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electrónico%20de%20temas%20de%20Urgencia/22.Ginecologicas/Farmacos%20y%20en%20el%20embarazo.pdf>.
- 12 <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semegen-40-articulo-tratamiento-farmacologico-mujer-embarazada-farmacos-S1138359310003369>.
- 13 <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>.
- 14 <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n2.11>. Uso de fármacos durante el embarazo. Horiz. Med. vol. 18 N°.2 Lima abr. / jun. 2018.



- 15 Guía de fármacos en embarazo, lactancia y fertilidad SEFH. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, año 2020.
- 16 Actualización del uso de fármacos durante el embarazo: categorías de riesgo. Farm Hosp. 2014; 38 (4): 364-378. M. Gallego Úbeda, L. Delgado Téllez de Cepeda, M^a de los A. Campos Fernández de Sevilla, A. de Lorenzo Pinto y F. Tutau Gómez.
- 17 Las Bases Farmacológicas de la terapéutica. Goodman & Gilman. Décima edición.
- 18 Ácido acetilsalicílico en dosis bajas durante el embarazo. C. Aguilera, A. Agustí Med Clin (Barc), 128 (2007), pp. 31-33.
- 19 Seguridad de los tratamientos antirreumáticos en la paciente gestante. Seminarios de la fundación española de reumatología. 2013; 14:14-17.
- 20 Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes: NIH consensus development panel on the effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes. Gilstrap, L. C., Christensen, R., Clewell, W. H., D'Alton, M. E., Davidson, E. C., Escobedo, M. B., & Hansen, T. N. Jama. 1995; 273(5): 413-418.
- 21 National Institutes of Health. N.I.H. Report of the Consensus Development Conference on the Effect of Corticosteroids for Fetal Maturation on Perinatal outcome. Publication No. 95-3784. Bethesda, MD: National Institute Of Child Health and Human Development; 1994.
- 22 Birth defects after maternal exposure to corticosteroids: prospective cohort study and meta-analysis of epidemiological studies. L. Park-Wyllie, P. Mazzotta, A. Pastuszak, M.E. Moretti, L. Beique, L. Hunnisett, et al. Teratology, 62 (2000), pp. 385-392.
- 23 Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk: a randomized placebo controlled double blind study. Da Fonseca EB, Bittar RE et al American Journal of Obstetrics and Gynecology 2003.



ANEXOS

Clasificación de medicamentos según la FDA



CLASIFICACIÓN DE TERATOGENICIDAD SEGÚN FDA			
FÁRMACO	CATEGORÍA DE RIESGO	OBSERVACIÓN	
ACENOCUMAROL	D	Durante el segundo trimestre y hasta el término del embarazo.	
ACETAZOLAMIDA	D		
ACICLOVIR	C		
ÁCIDO ACETILSALICÍLICO	C	D*	*Categoría en el Tercer trimestre de gestación o embarazo de término. Uso en prevención de Preeclampsia hasta 36 semanas. Dosis 100 a 150 mg/día.
ÁCIDO FÓLICO	A	C**	** Categoría otorgada por otras causas (vía de administración, dosis elevadas o tratamiento prolongado)
ÁCIDO FUSÍDICO	B		
ÁCIDO MEFENÁMICO	D		
ÁCIDO URSODESOXICÓLICO	B		
ÁCIDO VALPROICO	D		Defectos de cierre del tubo neural.
ADENOSINA	C		
ADRENALINA	C		
ALCOHOL	D		
ALOPURINOL	C		
ALPRAZOLAM	D		Contraindicadas en primer trimestre y periparto (hipotonía, depresión respiratoria neonatal. No usar en el embarazo a menos que el beneficio para la madre supere el riesgo potencial para el feto).
AMBROXOL	B		No usar por más de 15 días.
AMINOFILINA	C		Siempre preferir Salbutamol. Uso actual excepcional.
AMIODARONA	D		
AMITRIPTILINA	D		
AMOXICILINA	B		
AMOXICILINA + AC. CLAVULÁNICO	B		
AMPICILINA	B		
ANFOTERICINA B	B		
ANTICONCEPTIVOS	X		
ATENOLOL	D		Riesgo de Restricción del Crecimiento Fetal Intrauterino (RCIU)
ATORVASTATINA	X		
ATROPINA	C		
AZATIOPRINA	D		No se recomienda su uso durante el embarazo y la lactancia. Se considera una opción en el caso de enfermedad grave que requiera inmunosupresor, en dosis inferiores a 100mg/día.
AZITROMICINA	B		
BECLOMETASONA	C		
BENCILPENICILINA	B		
BETAMETASONA	C		Disminución morbitmortalidad perinatal asociada a prematurowez. Usar 12 mg cada 24 horas intramuscular por 2 veces. Dosis 24 mg en total.



FÁRMACO	CATEGORIA DE RIESGO	OBSERVACIÓN
BETAXOLOL	C	
BROMEHEXINA	A	
BROMOCRIPTINA	C	
BROMURO DE IPATROPIO	B	
BUPRENORFINA	C	
BUSPIRONA	B	
CALCITONINA	B	
CAPTOPRIL	X	
CARBAMAZEPINA	D	No usar en el embarazo a menos que el beneficio para la madre supere el riesgo potencial para el feto. Teratógeno: defectos de cierre tubo neural, defectos craneofaciales y de extremidades.
CEFADROXILO	B	
CEFAZOLINA	B	
CEFIXIMA	B	
CEFOTAXIMA	B	
CEFTRIAXONA	B	
CELECOXIB	D	
CICLOFOSFAMIDA	D	Contraindicado en el primer trimestre
CICLOSPORINA	C	
CIMETIDINA	B	
CINARIZINA	C	
CIPROHEPTADINA	B	
CISAPRIDA	C	
CISPLATINO	D	
CITALOPRAM	B	
CLARITROMICINA	C	
CLINDAMICINA	B	
CLOMIPRAMINA	D	
CLONAZEPAM	D	Usar exclusivamente frente a crisis de pánico y no en forma profiláctica.
CLONIXINATO DE LISINA	D	
CLORAMFENICOL	C	
CLORDIAZEPÓXIDO	D	
CLORFENAMINA	C	No se recomienda como primera elección en el embarazo
CLORHEXIDINA	B	
CLOROQUINA	C	Solicitar hemograma de control
CLORPROMAZINA	C	Uso sólo por indicación de Psiquiatra. No usar en el embarazo a menos que el beneficio para la madre supere el riesgo potencial para el feto.
CLORPROPAMIDA	C	Preferir Insulina.



FÁRMACO	CATEGORIA DE RIESGO	OBSERVACIÓN
CLORURO DE POTASIO	A	
CLOTRIMAZOL	B	
CLOXACILINA	B	
CODEINA	C	D* ** *Categoría en el Tercer trimestre de gestación o embarazo de término. **Categoría otorgada por otras causas. No se recomienda el uso durante el primer trimestre de embarazo.
COLCHICINA	C	
CORTISONA	D	
DALTEPARINA	B	Elección en enfermedad renal.
DEXAMETASONA	C	Disminución morbitmortalidad perinatal asociada a premurez. Usar 6 mg cada 12 horas. Dosis 24 mg en total.
DIAZEPAM	D	Contraindicadas en primer trimestre y periparto (hipotonía, depresión respiratoria neonatal. No usar en el embarazo a menos que el beneficio para la madre supere el riesgo potencial para el feto.
DICLOFENACO	B	D* *Categoría en el Tercer trimestre de gestación o embarazo de término
DIFENHIDRAMINA	C	
DIGOXINA	C	
DIHIDROERGOTAMINA	D	
DILTIAZEM	C	
DISULFIRAM	X	
DOMPERIDONA	B	
DOXAZOCINA	B	
DOXICILINA	D	
ENALAPRIL	X	
ENOXAPARINA	B	Precaución en enfermedad renal con VGF < 60 ml/min
ERGOTAMINA	D	
ERITROMICINA	B	
ESPIRONOLACTONA	D	
ESTRADIOL	X	
ESTREPTOMICINA	D	
ESTREPTOQUINASA	C	
ESTROGENOS	X	
ETAMBUTOL	B	
ETONOOGESTREL	X	
FAMOTIDINA	B	
FENILBUTAZONA	D	
FENILEFRINA	C	
FENILPROPANOLAMINA	C	
FENITOINA	D	Síndrome hidantoínico fetal. Trastornos hematológicos del neonato.
FENOBARBITAL	D	Trastornos de coagulación del neonato. Depresión neonatal
FINASTERIDE	X	
FITOMENADIONA	C	
FLUCLOXACILINA	B	
FLUCONAZOL	C	
FLUFENAZINA	C	



FÁRMACO	CATEGORIA DE RIESGO	OBSERVACIÓN	
FLUNARIZINA	C		
FLUNITRAZEPAM	D		
FLUOROURACILO	D		
FLUOXETINA	B		
FLUTAMIDA	D		
FUROSEMIDA	C		
GEMFIBROZILO	C		
GETAMICINA	C		
GLIBENCLAMIDA	C	Preferir Insulina.	
GLICERINA	A	Suppositorio.	
GLIZIPIDA	C	Preferir Insulina.	
GLUCONATO DE POTASIO	A		
GRISEOFULVINA	C		
HALOPERIDOL	C	No usar en el primer trimestre.	
HEPARINA	B		
HIDRALAZINA	C		
HIDROCLOROTIAZIDA	B		
HIDROCORTISONA	C	Evaluar riesgo/beneficio en primer trimestre	
HIDROXICINA	C		
HIDROXICLOROQUINA	C	Solicitar hemograma de control	
HIDRÓXIDO DE ALUMINIO	B		
HIDRÓXIDO DE MAGNESIO	B		
HIDROXIPROGESTERONA	D		
HIERRO	B		
IBUPROFENO	B	D*	*Categoría en el Tercer trimestre de gestación o embarazo de término
IMIPRAMINA	D		
INDOMETACINA	B	D*	*Categoría en el Tercer trimestre de gestación o embarazo de término
INSULINA	B		
ISONIAZIDA	C		
ISOSORBIDE	C		
ISOTRETINOÍNA	X		
KETOCONAZOL	C		
KETOPROFENO	B	D*	*Categoría en el Tercer trimestre de gestación o embarazo de término
KETOROLACO	D		
LABETALOL	C		
LACTULOSA	C		



FÁRMACO	CATEGORIA DE RIESGO	OBSERVACIÓN
LAMOTRIGINA	C	
LANSOPRAZOL	C	
LEFLUNOMIDA	X	
LEVODOPA	C	
LEVOTIROXINA	A	
LEVONORGESTROL	X	
LIDOCÁINA	C	
LITIO	D	Contraindicado en el primer trimestre. Uso sólo por indicación de Psiquiatra. Usar la menor dosis posible y monitorizar niveles plasmáticos. Tratar de reducir la dosis al 50% en las últimas semanas de gestación y suspenderlo al momento del parto.
LOPERAMIDA	B	
LORATADINA	B	Medicamento de elección en el embarazo
LORAZEPAM	D	Contraindicadas en primer trimestre y periparto (hipotonía, depresión respiratoria neonatal. No usar en el embarazo a menos que el beneficio para la madre supere el riesgo potencial para el feto.
LOSARTAN	X	
LOVASTATINA	X	
MEBENDAZOL	C	
MEDROXIPROGESTERONA	X	
MELOXICAM	D	
METAMIZOL	D	
METFORMINA	B	Preferir Insulina.
METILDOPA	B	
METILERGOMETRINA	X	
METILPREDNISOLONA	C	
METOCLOPRAMIDA	B	
METOTREXATO	X	
METRONIDAZOL	B	Su uso en el primer trimestre del embarazo debe ser evaluado el beneficio para la madre versus el riesgo potencial para el feto.
MICONAZOL	C	
MIDAZOLAM	D	Contraindicadas en primer trimestre y periparto (hipotonía, depresión respiratoria neonatal. No usar en el embarazo a menos que el beneficio para la madre supere el riesgo potencial para el feto.
MISOPROSTOL	X	
MORFINA	C	D* **
MUPIROCINA	B	
NALOXONA	B	
NANDROLONA	X	



FÁRMACO	CATEGORIA DE RIESGO	OBSERVACIÓN	
NAPROXENO	D		
NIFEDIPINO	C		
NIFEDIPINO RETARD	C		
NIMODIPINO	C		
NISTATINA	B		
NITROFURANTOINA	B		Instituto de Salud Pública de Chile advierte sobre reacciones adversas graves asociadas al uso prolongado. La recomendación es no superar los 7 días de tratamiento.
NITROFURAZONA	B		
NITROGLICERINA	C		
NITROPRUSIATO DE SODIO	C		
OMEPRAZOL	C		Preferir alternativas.
ONDANSENTRON	B		
PARACETAMOL	B		
PAROXETINA	B		
PENICILAMINA	D		
PENICILINA	B		
PENICILINA BENZATINA	B		
PENICILINA G SÓDICA	B		
PETIDINA	B	D* **	*Categoría en el Tercer trimestre de gestación o embarazo de término. **Categoría otorgada por otras causas.
PILOCARPINA	C		
PIPERAZINA	B		
PIRIDOXINA	A	C**	**Categoría otorgada por otras causas.
PIROXICAM	D		
POTASIO	A		
POVIDONA YODADA	D		
PRAVASTATINA	X		
PRAZIQUANTEL	B		
PRAZOSINA	C		
PREDNISOLONA	B		
PREDNISONA	B		Es el fármaco de elección.
PREGABALINA	C		
PRIMIDONA	D		
PROGESTÁGENOS	X		
PROGESTERONA MICRONIZADA	B		Uso en prevención de parto prematuro hasta las 36 semanas en dosis de 200 mg.
PROPANOLOL	D		



FÁRMACO	CATEGORIA DE RIESGO	OBSERVACIÓN	
PROPILTIURACILO	D		
RANITIDINA	B		
RIFAMPICINA	C		
SALBUTAMOL	C		Evaluar riesgos/beneficios
SERTRALINA	B		
SIMVASTATINA	X		
SUCRALFATO	B		No usar en el embarazo a menos que el beneficio para la madre supere el riesgo potencial para el feto.
SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	C		Puede ser usado sólo durante el segundo trimestre, en dosis habituales.
SULFASALAZINA	B	D**	**Categoría otorgada por otras causas (vía de administración, dosis o tratamiento prolongado)
SULFATO DE MAGNESIO	B		Vigilar diuresis, frecuencia respiratoria y reflejos osteotendíneos.
SUMATRIPTAN	C		
TAMOXIFENO	D		
TEOFILINA	C		Siempre preferir Salbutamol. Uso actual excepcional.
TERAZOSINA	C		
TERBINAFINA	B		
TETRACICLINA	D		
TIAMAZOL	D		
TIAMINA	A	C**	**Categoría otorgada por otras causas (vía de administración, dosis elevadas o tratamiento prolongado)
TIMOLOL	C		
TOLBUTAMIDA	C		Preferir Insulina
TRAMADOL	C		
TRAZODONA	C		
TRIHEXIFENIDOL	C		
VANCOMICINA	C		
VASELINA	A		
VERAPAMILO	C		
VITAMINA A	A	X**	**Categoría otorgada por otras causas (vía de administración, dosis elevadas o tratamiento prolongado)
VITAMINA B12	A	C**	**Categoría otorgada por otras causas (vía de administración, dosis elevadas o tratamiento prolongado)
VITAMINA D	A	D**	**Categoría otorgada por otras causas (vía de administración, dosis elevadas o tratamiento prolongado)
WARFARINA	D		
ZIDOVUDINA	C		
ZOLPIDEM	B		



8º GUÍA CLÍNICA MEDICAMENTOS EN EL EMBARAZO



Elaborada por:

Loreto Rivera González

Químico Farmacéutico
Referente de Policlínicos
de TACO del SSASUR

Línea Editorial:

Juan Pablo Carcamo y José Luis Novoa C.

