

Apéndice 2: Gestación

Durante la gestación, la madre y el feto forman una unidad funcional inseparable. El bienestar materno es un requisito indispensable para el funcionamiento y desarrollo óptimo de ambas partes de esta unidad. Por consiguiente, es importante tratar a la madre cuando sea necesario mientras se protege al feto en la mayor medida posible.

Los fármacos pueden tener efectos perjudiciales para el feto en cualquier momento de la gestación. Es importante recordar este hecho a la hora de prescribir medicamentos a mujeres en edad fértil. Sin embargo, un temor irracional al uso de fármacos durante este período también puede ser perjudicial. Se incluyen enfermedades no tratadas, un mal cumplimiento materno, tratamientos subóptimos y fracasos de tratamiento.

Estos abordajes pueden suponer un riesgo para el bienestar materno y también pueden afectar al feto. Es importante conocer el “riesgo basal” en el contexto de la prevalencia de acontecimientos adversos de la gestación inducidos por fármacos. Las malformaciones congénitas graves se producen entre un 2 y un 4% de todos los nacidos vivos. Hasta un 15% de todas las gestaciones diagnosticadas acabarán en un aborto. La causa de estos acontecimientos adversos de la gestación se conoce sólo en una minoría de casos.

Durante el *primer trimestre* los fármacos pueden producir malformaciones congénitas (teratogenia), y el mayor riesgo se sitúa entre la tercera y la undécima semana de gestación. Durante el *segundo y tercer trimestre* los fármacos pueden afectar el crecimiento y el desarrollo funcional del feto o tener efectos tóxicos sobre los tejidos fetales. Los fármacos que se administran poco antes del parto o durante el mismo pueden tener efectos adversos sobre el parto o en el neonato después del parto. Pocos fármacos se han mostrado teratógenos en humanos de manera concluyente, pero ningún fármaco se considera del todo seguro al principio de la gestación. Se pueden realizar pruebas de cribado cuando existe un riesgo conocido de algunos defectos.

Prescripción en la gestación

Si es posible el consejo a las mujeres antes de una gestación planificada, se debe realizar con una discusión de los riesgos asociados a los fármacos específicos, medicinas tradicionales y abuso de sustancias como el tabaco o el alcohol. Se recomienda administrar suplementos de ácido fólico durante la planificación de la gestación, porque el uso periconcepcional de ácido fólico reduce los defectos del tubo neural.

Los fármacos sólo se deben prescribir durante la gestación si los beneficios esperados para la madre se consideran superiores al riesgo para el feto. Si es posible, todos los fármacos deben evitarse durante el primer trimestre. Los fármacos que han sido ampliamente utilizados durante la gestación y que parecen ser habitualmente seguros, deben ser prescritos con preferencia a los fármacos nuevos o no probados, y se recomienda la

dosis mínima efectiva. Los fármacos conocidos con un solo principio activo son preferibles a los medicamentos con varios componentes.

La lista siguiente incluye fármacos que pueden tener efectos perjudiciales en la gestación e indica el trimestre de riesgo. Se basa en datos en humanos, pero en algunos fármacos más recientes se ha incluido la información sobre estudios en *animales* cuando su omisión podría dar una idea equivocada.

La ausencia de un fármaco en la lista no implica seguridad.

Tabla de fármacos que deben evitarse o administrarse con precaución en la gestación

<i>Fármaco</i>	<i>Comentario</i>
Abacavir	Toxicidad en estudios en <i>animales</i> ; véase la sección 6.5.2
Acetazolamida	No se recomienda en el tratamiento de la hipertensión en la gestación
	Primer trimestre: Evítese (toxicidad en estudios en <i>animales</i>)
Aciclovir	No se sabe que sea perjudicial; absorción limitada de preparados tópicos
Acido acetilsalicílico	Tercer trimestre: Alteración de la función plaquetaria y riesgo de hemorragia; retraso en el inicio y alargamiento del parto con aumento de hemorragia; evítese dosis analgésicas si es posible en las últimas semanas (dosis bajas probablemente no son perjudiciales); con dosis altas, cierre del <i>ductus arteriosus</i> fetal <i>in utero</i> y posible hipertensión pulmonar persistente del neonato; <i>kernicterus</i> en neonatos ictericos
Albendazol	Contraindicado en las infecciones por céstodos; véase la sección 6.1.1.1
	Primer trimestre: evítese en las infecciones por nemátodos; véase la sección 6.1.1.2
Alcohol	Primero y segundo trimestre: La ingesta regular diaria es teratógena (síndrome alcohólico fetal) y puede causar retraso de crecimiento; las tomas ocasionales únicas probablemente son seguras
	Tercer trimestre: Puede aparecer abstinencia en niños de madres alcohólicas
Alcuronio	No atraviesa la placenta en cantidades importantes; sólo se recomienda cuando el beneficio potencial supera el riesgo
Alopurinol	No se ha descrito toxicidad; se recomienda sólo cuando no existan alternativas más seguras y la enfermedad suponga un riesgo para la madre y el niño
Amilorida	No se recomienda en el tratamiento de la hipertensión en la gestación
Aminofilina	Tercer trimestre: Se ha descrito irritabilidad y apnea neonatal
Amitriptilina	El fabricante recomienda evitarla excepto que sea esencial, sobre todo durante el primero y tercer trimestres
Amodiaquina	Sólo se recomienda si no existen alternativas más seguras
Amoxicilina	No se sabe que sea perjudicial
Amoxicilina + ácido clavulánico	No se sabe que sea perjudicial
Ampicilina	No se sabe que sea perjudicial
Anfotericina B	No se sabe que sea perjudicial, pero se recomienda sólo cuando el beneficio potencial supera el riesgo
Artemeter	Primer trimestre: Evítese

Artemeter + Lumefantrina	Evítese. Toxicidad en estudios en <i>animales</i> con artemeter
Artesunato	Primer trimestre: Evítese
Asparraginasa	Evítese; véase también la sección 8.2
Atenolol	Puede causar retraso de crecimiento intrauterino, hipoglucemia neonatal y bradicardia; riesgo mayor en hipertensión grave; véase también la sección 12.3
Atropina	No se sabe que sea perjudicial
Azatioprina	Las pacientes trasplantadas no deben suspender la azatioprina si quedan embarazadas; su uso durante la gestación debe ser supervisado en unidades especializadas; no hay datos de que azatioprina sea teratógena
Azitromicina	Sólo se recomienda si el beneficio potencial supera el riesgo
Beclometasona	El beneficio del tratamiento, por ejemplo en el asma, supera el riesgo
Bencilpenicilina benzatina	No se sabe que sea perjudicial
Bencilpenicilina	No se sabe que sea perjudicial
Benznidazol	Primer trimestre: evítese
Betametasona	El beneficio del tratamiento, por ejemplo en el asma, supera el riesgo
Bleomicina	Evítese (teratógeno y carcinogénico en estudios en <i>animales</i>); véase también la sección 8.2
Bupivacaína	Tercer trimestre: Con dosis altas, depresión respiratoria, hipotonía y bradicardia neonatal tras bloqueo paracervical o epidural
Calcio, folinato	El fabricante aconseja su uso sólo si el beneficio potencial supera el riesgo
Carbamacepina	Primer trimestre: Riesgo de teratogenia, con mayor riesgo de defectos del tubo neural (se recomienda consejo y cribado, y suplementos adecuados de folato, por ejemplo 5 mg al día); riesgo mayor de teratogenia si se administra más de un antiepiléptico; véase también la sección 5.1 Tercer trimestre: Podría producir déficit de vitamina K y riesgo de hemorragia neonatal; si no se administra vitamina K al nacer, hay que vigilar cuidadosamente al neonato ante posibles signos de hemorragia
Ceftacídima	No se sabe que sea perjudicial
Ceftriaxona	No se sabe que sea perjudicial
Ciclofosfamida	Evítese (use contracepción eficaz durante su administración y como mínimo 3 meses después en hombres o mujeres); véase también la sección 8.2
Ciclosporina	Hay menor experiencia de ciclosporina en la gestación pero no parece ser más perjudicial que la azatioprina; el uso durante la gestación debería supervisarse en unidades especiales
Ciprofloxacino	Todos los trimestres: Evítese—artropatía en estudios en <i>animales</i> ; se dispone de alternativas más seguras
Cisplatino	Evítese (teratógeno y tóxico en estudios en <i>animales</i>); véase también la sección 8.2
Citarabina	Evítese (teratógeno en estudios en <i>animales</i>); véase también la sección 8.2
Clindamicina	No se sabe que sea perjudicial
Clomifeno	Posibles efectos sobre el desarrollo fetal
Clomipramina	El fabricante recomienda evitarla excepto que sea esencial, sobre todo durante el primer y tercer trimestre de la gestación
Clonacepam	Evítese su administración regular (riesgo de síntomas de abstinencia neonatal); sólo está indicado si hay una clara indicación como el tratamiento de la epilepsia (dosis altas al final de la gestación o durante el parto pueden producir hipotermia, hipotonía y depresión respiratoria del neonato)

Clorambucilo	Evítese; use contracepción eficaz durante la administración a hombres o mujeres; véase también la sección 8.2
Cloranfenicol	Tercer trimestre: Síndrome "gris" neonatal
Clorfenamina	No hay pruebas de teratogenicidad
Clormetina	Evítese; véase también la sección 8.2
Cloroquina	Primero, tercer trimestres: El beneficio de la profilaxis y el tratamiento en el paludismo supera el riesgo; importante: véase también la sección 6.4.3
Clorpromacina	Tercer trimestre: Se han descrito efectos extrapiramidales ocasionales en el neonato
Cloxacilina	No se sabe que sea perjudicial
Codeína	Tercer trimestre: Deprime la respiración neonatal; síntomas de abstinencia en neonatos de madres dependientes; estasis gástrica y riesgo de neumonía por aspiración en la madre durante el parto
Contraceptivos orales	Datos epidemiológicos sugieren que no tienen efectos perjudiciales sobre el feto
Cromoglicico, ácido	véase Sodio, cromoglicato
Dacarbacina	Evítese (carcinogénico y teratógeno en estudios en <i>animales</i>); asegure una contracepción eficaz durante su administración y como mínimo 6 meses después en hombres o mujeres; véase también la sección 8.2
Dactinomicina	Evítese (teratógeno en estudios en <i>animales</i>); véase también la sección 8.2
Dapsona	Tercer trimestre: Hemólisis neonatal y metahemoglobinemia; hay que administrar 5 mg al día de ácido fólico a la madre
Daunorrubicina	Evítese (teratógeno y carcinogénico en estudios en <i>animales</i>); véase también la sección 8.2
Desferrioxamina	Teratógeno en estudios en <i>animales</i> ; el fabricante recomienda sólo su uso si el beneficio potencial supera el riesgo
Dexametasona	El beneficio del tratamiento, por ejemplo en el asma, supera el riesgo; riesgo de retraso de crecimiento intrauterino con el tratamiento sistémico repetido o prolongado; se requiere corticoide sustitutivo en la madre durante el parto; vigilancia cuidadosa si hay retención de líquidos
Diacepam	Evítese su uso regular (riesgo de síntomas de abstinencia neonatal); sólo está indicado si hay una clara indicación como el tratamiento de la epilepsia (dosis altas al final de la gestación o durante el parto pueden producir hipotermia, hipotonía y depresión respiratoria del neonato)
Didanosina	Evítese si es posible en el tercer trimestre; aumento de riesgo de acidosis láctica y esteatosis hepática; véase la sección 6.5.2
Dietilcarbamacina	Evítese: Retrase el tratamiento hasta después del parto
Digoxina	Puede ser necesario ajustar la dosis
Diloxamina	Posponga el tratamiento hasta después del primer trimestre
Doxiciclina	Primer trimestre: Efectos sobre el desarrollo esquelético en estudios en <i>animales</i>
	Segundo, tercer trimestres: Decoloración dental; hepatotoxicidad materna con dosis altas
Doxorrubicina	Evítese (teratógeno y tóxico en estudios en <i>animales</i>); con el preparado liposomal, use contracepción eficaz durante su administración y como mínimo 6 meses después en hombres o mujeres; véase también la sección 8.2
Efavirenz	Evítese (riesgo de efectos teratogénicos); véase la sección 6.5.2
Efedrina	Se ha descrito aumento de la frecuencia cardíaca fetal con efedrina parenteral
Eflornitina	Todos los trimestres: evítese
Enalapril	Todos los trimestres: Evítese; puede afectar de manera

	adversa la regulación de la presión arterial y la función renal fetal y perinatal; también se han descrito defectos craneales y oligohidramnios; toxicidad en estudios en <i>animales</i>
Ergocalciferol	Dosis altas son teratógenas en <i>animales</i> , pero a dosis terapéuticas es poco probable que sea perjudicial
Ergotamina	Todos los trimestres: Efectos oxitócicos sobre el útero gestante
Eritromicina	No se sabe que sea perjudicial
Espironolactona	Toxicidad en estudios en <i>animales</i>
Estavudina	Evítase si es posible durante el primer trimestre; riesgo aumentado de acidosis láctica y esteatosis hepática; véase la sección 6.5.2
Estreptomina	Segundo y tercer trimestre: lesión del nervio auditivo y vestibular; evítase excepto que sea esencial (si se administra, es necesario vigilar la concentración plasmática de estreptomina)
Estreptoquinasa	Todos los trimestres: riesgo de desprendimiento prematuro de placenta en las primeras 18 semanas; posibilidad teórica de hemorragia fetal durante toda la gestación; riesgo de hemorragia materna en la administración postparto
Etambutol	No se sabe que sea perjudicial
Éter, anestésico	Tercer trimestre: Deprime la respiración neonatal
Etinilestradiol	Datos epidemiológicos sugieren que no tiene efectos perjudiciales sobre el feto
Etopósido	Evítase (teratógeno en estudios en <i>animales</i>); véase también la sección 8.2
Etosuximida	Primer trimestre: Posiblemente puede ser teratógeno; mayor riesgo de teratogenicidad si se administra más de un antiepiléptico; véase también la sección 5.1
Fenitoína	Primero y tercer trimestres: Malformaciones congénitas (cribado recomendado); se deben administrar suplementos adecuados de folato a la madre (por ejemplo, 5 mg al día de ácido fólico); el riesgo de teratogenia es mayor si se administra más de un antiepiléptico. Puede provocar déficit de vitamina K y riesgo de hemorragia neonatal; si no se administra vitamina K en el nacimiento, se recomienda vigilancia estrecha del neonato ante cualquier signo de hemorragia. Precaución al interpretar las concentraciones plasmáticas—puede estar reducida la porción unida, pero la libre (o efectiva) inalterada; véase también la sección 5.1
Fenobarbital	Primero y tercer trimestres: Malformaciones congénitas; mayor riesgo de teratogenia si se administra más de un antiepiléptico. Puede provocar déficit de vitamina K y riesgo de hemorragia neonatal; si no se administra la vitamina K en el nacimiento, se recomienda vigilancia estrecha del neonato ante cualquier signo de hemorragia; véase la sección 5.1
Fenoximetilpenicilina	No se sabe que sea perjudicial
Fitomenadiona	Sólo se recomienda si el beneficio potencial supera el riesgo—no se dispone de información específica
Flucitosina	Teratógeno en estudios en <i>animales</i> ; el fabricante recomienda sólo su uso si el beneficio potencial supera el riesgo
Fluconazol	Evítase (se han descrito anomalías congénitas múltiples con dosis altas a largo plazo)

Flufenacina	Tercer trimestre: Se han descrito efectos extrapiramidales ocasionales en el neonato
Fluorouracilo	Evítese (teratógeno); véase también la sección 8.2
Furosemida	No se recomienda en el tratamiento de la hipertensión durante la gestación
Gentamicina	Segundo, tercer trimestre: Lesión del nervio auditivo o vestibular, el riesgo probablemente es muy pequeño con gentamicina, pero evítese excepto en casos imprescindibles (si se administra, es esencial determinar la concentración plasmática de gentamicina)
Glibenclamida	Tercer trimestre: Hipoglucemia neonatal; se sustituye habitualmente por insulina en todas las diabéticas; si se administran fármacos por vía oral, el tratamiento se debe interrumpir como mínimo 2 días antes del parto
Griseofulvina	Evítese (fetotoxicidad y teratogenicidad en <i>animales</i>); es necesaria una contracepción eficaz durante su administración y como mínimo 1 mes después (importante: la eficacia de los contraceptivos está reducida, véase el Apéndice 1); también los hombres deben evitar engendrar un niño durante el tratamiento y como mínimo 6 meses después
Haloperidol	Tercer trimestre: Se han descrito efectos extrapiramidales ocasionales en el neonato
Halotano	Tercer trimestre: Deprime la respiración neonatal
Heparina	Todos los trimestres: Se ha descrito osteoporosis después del tratamiento prolongado; los viales multidosis pueden contener alcohol bencílico—algunos fabricantes recomiendan evitarla
Hidralacina	Evítese durante el primer y segundo trimestre; no se han descrito casos de lesión grave tras su administración en el tercer trimestre
Hidroclorotiacida	No se recomienda en el tratamiento de la hipertensión durante la gestación
	Tercer trimestre: Puede causar trombocitopenia neonatal
Hidrocortisona	El beneficio del tratamiento, por ejemplo en el asma, supera el riesgo; riesgo de retraso de crecimiento intrauterino con el tratamiento sistémico prolongado o repetido; se requiere corticoide sustitutivo en la madre durante el parto; vigilancia cuidadosa si hay retención de líquidos
Ibuprofeno	Evítese excepto cuando el beneficio potencial supere el riesgo. Tercer trimestre: Con su uso regular cierre del <i>ductus arteriosus</i> fetal <i>in útero</i> y posiblemente hipertensión pulmonar persistente del neonato. Retraso en el inicio y alargamiento del parto
Idoxuridina	Teratógeno en estudios en <i>animales</i>
Imipenem-cilastatina	Sólo se recomienda si el beneficio potencial supera el riesgo (toxicidad en estudios en <i>animales</i>)
Indinavir	Evítese si es posible durante el primer trimestre; riesgo teórico de hiperbilirrubinemia y litiasis renal en el neonato si se administra a término; véase la sección 6.5.2
Insulina	Todos los trimestres: Las necesidades de insulina se deben determinar con frecuencia por un médico con experiencia en diabetes
Isoniacida	No se sabe que sea perjudicial
Ivermectina	Retrase el tratamiento hasta después del parto; véase también la sección 6.1.2.3
Ketamina	Tercer trimestre: Deprime la respiración neonatal
Lamivudina	Evítese si es posible durante el primer trimestre; se debe

	valorar si el beneficio del tratamiento supera el riesgo en el segundo y tercer trimestres; véase la sección 6.5.2
Levamisol	Tercer trimestre: Evítese
Levodopa + carbidopa	Toxicidad en estudios en <i>animales</i>
Levonorgestrel	En los contraceptivos orales, datos epidemiológicos sugieren que no tiene efectos perjudiciales sobre el feto
Levotiroxina	Determine la concentración plasmática materna de tirotropina—puede ser necesario ajustar la dosis
Lidocaína	Tercer trimestre: Con dosis altas, depresión respiratoria, hipotonía y bradicardia neonatal tras bloqueo epidural o paracervical
Litio	Primer trimestre: Evítese si es posible (riesgo de teratogenia con anomalías cardíacas)
	Segundo y tercer trimestres: Aumentan las necesidades de dosis (pero en el parto vuelven a la normalidad de manera brusca); se recomienda vigilancia estrecha de la concentración plasmática de litio (riesgo de toxicidad en el neonato)
Lopinavir + ritonavir	Evítese si es posible en el primer trimestre; evítese la solución oral por el elevado contenido de propilenglicol; véase la sección 6.5.2
Magnesio, sulfato	Tercer trimestre: no se sabe que sea perjudicial por vía intravenosa a corto plazo en la eclampsia, aunque dosis excesivas pueden provocar depresión respiratoria neonatal
Mebendazol	Toxicidad en estudios en <i>animales</i>
	Contraindicado en las infecciones por céstodos; véase la sección 6.1.1.1
	Primer trimestre: Evítese en las infecciones por nematodos; véase la sección 6.1.1.2
Medroxiprogesterona	Evítese (se han descrito malformaciones genitales y defectos cardíacos en fetos femeninos y masculinos); el uso inadvertido de una inyección contraceptiva de acetato de medroxiprogesterona depot durante la gestación es poco probable que afecte al feto
Mefloquina	Se recomienda sólo cuando otros antipalúdicos se consideran inadecuados, véase también Profilaxis y tratamiento del paludismo, sección 6.4.3
Melarsoprol	Todos los trimestres: Evítese
Mercaptopurina	Evítese (teratógeno); véase también la sección 8.2
Metformina	Todos los trimestres: Evítese; se suele sustituir por insulina en todos los diabéticos
Metildopa	No se sabe que sea perjudicial
Metoclopramida	No se sabe que sea perjudicial
Metotrexato	Evítese (teratógeno; durante el tratamiento la fertilidad puede estar reducida, pero puede ser reversible); se recomienda contracepción eficaz durante el tratamiento y como mínimo 6 meses después en hombres o mujeres; véase también la sección 8.2
Metronidazol	Evítese las pautas con dosis altas
Morfina	Tercer trimestre: Deprime la respiración neonatal; síntomas de abstinencia en neonatos de madres dependientes; estasis gástrico y riesgo de neumonía por aspiración en la madre durante el parto
Nalidíxico, ácido	Todos los trimestres: Evítese—artropatía en estudios en <i>animales</i> ; se dispone de alternativas más seguras
Naloxona	Sólo se recomienda si el beneficio potencial supera el riesgo
Nelfinavir	Evítese si es posible durante el primer trimestre; se debe

	valorar si el beneficio potencial del tratamiento supera el riesgo en el segundo y tercer trimestres; véase la sección 6.5.2
Neostigmina	Tercer trimestre: miastenia neonatal con dosis altas
Nevirapina	Evítese si es posible durante el primer trimestre; se debe valorar si el beneficio potencial del tratamiento supera el riesgo en el segundo y tercer trimestres; véase la sección 6.5.2
Niclosamida	Las infecciones por <i>T. solium</i> durante la gestación se deben tratar de manera inmediata; véase la sección 6.1.1.1
Nifedipina	Puede inhibir el trabajo de parto; algunas dihidropiridinas son teratógenas en <i>animales</i> , pero el riesgo para el feto debería ser sopesado contra el riesgo de hipertensión materna descompensada
Nifurtimox	Primer trimestre: evítese
Nistatina	No se dispone de información, pero la absorción por vía gastrointestinal es insignificante
Nitrofurantoína	Tercer trimestre: puede producir hemólisis neonatal si se administra a término
Nitroso, óxido	Tercer trimestre: deprime la respiración neonatal
Noretisterona	Con los contraceptivos orales, los datos epidemiológicos sugieren que no producen efectos perjudiciales para el feto A dosis superiores se han descrito casos de masculinización de fetos hembras y otros defectos
Ofloxacino	Todos los trimestres: Evítese—artropatías en estudios en <i>animales</i> ; se dispone de alternativas más seguras
Oxamniquina	Si no se requiere tratamiento inmediato de la esquistosomiasis, éste se puede retrasar hasta después del parto; véase la sección 6.1.3.1
Paracetamol	No se sabe que sea perjudicial
Penicilamina	Todos los trimestres; raramente se han descrito anomalías fetales; evítese si es posible
Pentamidina, isetionato	La leishmaniasis visceral potencialmente mortal se debe tratar sin demora No se debe aplazar en la tripanosomiasis, incluso si hay pruebas de afectación meningoencefálica. La neumonía por <i>P. carinii</i> potencialmente mortal se debe tratar sin demora
Pentavalente, compuestos de antimonio	La leishmaniasis visceral potencialmente mortal se debe tratar sin demora
Piracinamida	Se recomienda sólo si el beneficio potencial supera el riesgo
Piridostigmina	Tercer trimestre: miastenia neonatal con dosis altas
Pirimetamina	Primer trimestre: riesgo teórico de teratogenia (antagonista del folato); se deben administrar suplementos adecuados de folato a la madre. Primer trimestre; evítese en la pneumocistosis y la toxoplasmosis; véase también Sulfadiazina
Podófilo, resina	Todos los trimestres: Evítese—se ha descrito muerte neonatal y teratogenia
Polividona-yodo	Segundo y tercer trimestre: se puede absorber suficiente yodo como para afectar el tiroides fetal
Potasio, yoduro	Segundo y tercer trimestre: bocio neonatal e hipotiroidismo
Prazicuantel	Las infecciones por <i>T. solium</i> en la gestación se deben tratar de manera inmediata; véase la sección 6.1.1.1. El beneficio del tratamiento en la esquistosomiasis supera el riesgo

	Si el tratamiento inmediato no se considera esencial en las infecciones por tremátodos, el tratamiento se debe retrasar hasta después del parto
Prednisolona	El beneficio del tratamiento, por ejemplo en el asma, supera el riesgo; riesgo de retraso de crecimiento intrauterino con el tratamiento sistémico prolongado o repetido; se requiere corticoide sustitutivo en la madre durante el parto; vigilancia cuidadosa si hay retención de líquidos
Primaquina	Tercer trimestre: hemólisis neonatal y metahemoglobinemia. Retrase el tratamiento hasta después del parto
Procarrabacina	Evítase (teratógeno en estudios en <i>animales</i> y casos aislados en humanos); véase también la sección 8.2
Proguanil	El beneficio de la profilaxis y del tratamiento supera el riesgo. Se deben administrar suplementos adecuados de folato a la madre
Prometacina	No hay pruebas de teratogenia
Propiltiouracilo	Segundo y tercer trimestre: bocio neonatal e hipotiroidismo
Propranolol	Puede producir retraso de crecimiento intrauterino, hipoglucemia neonatal y bradicardia; mayor riesgo en caso de hipertensión grave; véase también la sección 12.3
Quinina	Primer trimestre: dosis altas son teratógenas; pero en el paludismo el beneficio del tratamiento supera el riesgo
Ranitidina	No se sabe que sea perjudicial
Retinol	Primer trimestre: dosis excesivas pueden ser teratógenas; véase también la sección 27.1 [texto]
Rifampicina	Primer trimestre: dosis muy altas son teratógenas en estudios en <i>animales</i>
	Tercer trimestre: puede aumentar el riesgo de hemorragia neonatal
Ritonavir	Véase Lopinavir con ritonavir
Salbutamol	Para su uso en el asma véase la sección 25.1 [texto]
	Tercer trimestre: para su administración en el parto prematuro véase la sección 22.1
Saquinavir	Evítase si es posible en el primer trimestre; hay que valorar si el beneficio potencial del tratamiento supera el riesgo en el segundo y tercer trimestre; véase la sección 6.5.2
Sodio, cromoglicato	No se sabe que sea perjudicial; véase también la sección 25.1 [texto]
Sodio, valproato	véase Valproico, ácido
Sulfadiazina argéntica	Tercer trimestre: hemólisis y metahemoglobinemia neonatal; el temor de mayor riesgo de <i>kernicterus</i> en neonatos parece ser infundado
Sulfadiazina	Tercer trimestre: hemólisis y metahemoglobinemia neonatal; el temor de mayor riesgo de <i>kernicterus</i> en neonatos parece ser infundado
	En la toxoplasmosis, evítase en el primer trimestre, pero se puede administrar en el segundo y tercer trimestre si hay riesgo de transmisión congénita
Sulfadoxina + pirimetamina	En el paludismo, el beneficio de la profilaxis y del tratamiento supera el riesgo.
	Primer trimestre: posible riesgo de teratogenia (la pirimetamina es un antagonista del folato)
	Tercer trimestre: hemólisis y metahemoglobinemia neonatal; el temor de mayor riesgo de <i>kernicterus</i> en neonatos parece ser infundado

	<i>Véase también</i> la sección 6.4.3
Sulfametoxazol + trimetoprim	Primer trimestre: riesgo de teratogenia (el trimetoprim es un antagonista del folato)
	Tercer trimestre: hemólisis y metahemoglobinemia neonatal; el temor de mayor riesgo de <i>kernicterus</i> en neonatos parece ser infundado
Sulfasalacina	Tercer trimestre: riesgo teórico de hemólisis neonatal; se deben administrar suplementos adecuados de folato a la madre
Suramina sódica	En la oncocercosis, retrase el tratamiento hasta después del parto.
	En el tratamiento de <i>t. b. rhodesiense</i> se debe administrar incluso si hay afectación meningoencefalopática
Suxametonio	Puede producir parálisis materna ligeramente prolongada
Tamoxifeno	Evítese—posibles efectos sobre el desarrollo fetal; se debe utilizar una contracepción eficaz durante el tratamiento y durante 2 meses tras la suspensión
Teofilina	Tercer trimestre: se ha descrito irritabilidad y apnea neonatal
Testosterona	Todos los trimestres: masculinización de fetos hembras
Tetraciclina	Primer trimestre: efectos sobre el desarrollo esquelético en estudios en <i>animales</i>
	Segundo y tercer trimestre: decoloración dental; hepatotoxicidad materna con dosis altas
Tiopental	Tercer trimestre: deprime la respiración neonatal
Trimetoprim	Primer trimestre: riesgo de teratogenia (antagonista del folato)
Vacuna, BCG	Primer trimestre: riesgo teórico de malformaciones congénitas, pero la necesidad de vacunación puede superar el posible riesgo para el feto (<i>véase también</i> la sección 19.3 [contraindicaciones y precauciones])
Vacuna, fiebre amarilla	Primer trimestre: riesgo teórico de malformaciones congénitas, pero la necesidad de vacunación puede superar el posible riesgo para el feto (<i>véase también</i> la sección 19.3 [contraindicaciones y precauciones])
Vacuna, poliomielitis, viva	Primer trimestre: riesgo teórico de malformaciones congénitas, pero la necesidad de vacunación puede superar el posible riesgo para el feto (<i>véase también</i> la sección 19.3 [contraindicaciones y precauciones])
Vacuna, rubéola	Evítese; se debe evitar la gestación durante 1 mes tras la inmunización
Vacuna, sarampión	Primer trimestre: riesgo teórico de malformaciones congénitas, pero la necesidad de vacunación puede superar el posible riesgo para el feto (<i>véase también</i> la sección 19.3 [contraindicaciones y precauciones]); evítese la vacuna triple vírica
Vacuna, triple vírica	Evítese; se debe evitar la gestación durante 1 mes tras la inmunización
Valproico, ácido	Primero y tercer trimestre: mayor riesgo de defectos del tubo neural (se recomienda consejo y cribado—los suplementos de ácido fólico pueden reducir el riesgo); el riesgo de teratogenia es mayor si se administra más de un antiepiléptico; también se ha descrito hemorragia neonatal (relacionada con la hipofibrinemia) y hepatotoxicidad neonatal; <i>véase también</i> la sección 5.1 (valproato sódico)
Vancomicina	Sólo se recomienda si el beneficio potencial supera el riesgo—es esencial determinar la concentración plasmática de vancomicina para reducir el riesgo de toxicidad fetal

Vecuronio	Sólo se recomienda si el beneficio potencial supera el riesgo—no se dispone de información
Verapamilo	Los estudios en <i>animales</i> no han mostrado efecto teratógeno; se debe considerar la posibilidad de que el verapamilo pueda relajar la musculatura uterina a término; el riesgo para el feto debe ser sopesado contra el riesgo de hipertensión materna descompensada
Vinblastina	Evítese (experiencia limitada sugiere lesión fetal; teratógeno en estudios en <i>animales</i>); véase también la sección 8.2
Vincristina	Evítese (teratogenia y pérdida fetal en estudios en <i>animales</i>); véase también la sección 8.2
Warfarina	Todos los trimestres: malformaciones congénitas; hemorragia fetal y neonatal
	Véase también la sección 10.2
Yodo	Segundo, tercer trimestre: Bocio neonatal e hipotiroidismo
Zidovudina	Evítese si es posible en el primer trimestre; se debe valorar si el beneficio del tratamiento supera el riesgo en el segundo y tercer trimestre; véase la sección 6.5.2