

Tabla 6. Riesgo y seguridad de los fármacos durante el embarazo.\*

Fármaco	Periodo embrionario (hasta la semana 12 después de la última menstruación)	Periodo fetal (a partir de la semana 13 de la última menstruación)	Parto	Observaciones
Analgésicos, antiinflamatorios y antitumorales (Cuidado: recientemente [9 de enero de 2015] la FDA, a raíz de la publicación de algunos estudios que han cuestionado la seguridad, ha revisado los riesgos de los AINE, paracetamol y opiáceos cuando se utilizan para tratar el dolor durante el embarazo. La FDA advierte que los estudios revisados presentan limitaciones en su diseño y/o algunos resultados contradictorios, lo que dificulta establecer conclusiones y considera que son insuficientes para modificar las recomendaciones de uso. Véase: <a href="http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm429117.htm">http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm429117.htm</a> .)				
Ácido acetilsalicílico (AAS)	2/DU	T/DU	T/DU	Es preferible el paracetamol, o si está indicado un tratamiento antiinflamatorio, el ibuprofeno o el diclofenaco son las opciones de primera línea de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). El AAS o los AINE no deben utilizarse rutinariamente a dosis analgésicas o antiinflamatorias en el último trimestre del embarazo. El uso prolongado después de la semana 28 puede conducir al cierre prematuro del ductus arteriosus del feto. Una administración única de 500 mg de AAS, cercana al parto, puede aumentar el riesgo de sangrado de la madre, del feto y del recién nacido durante el mismo. Las dosis bajas de AAS (50-150 mg/día) pueden ser utilizadas de forma segura sin limitaciones con una indicación apropiada (por ejemplo, prevención de la hipertensión inducida por el embarazo y la preeclampsia).
Codeína	1	1	T/DU	La codeína puede ser utilizada en mujeres embarazadas como analgésico si está claramente indicada. Cuando sea posible, su uso debe restringirse a una breve duración. Se puede utilizar en un tratamiento corto como antitussivo cuando la tos seca y persistente no haya respondido a otras medidas físicas. Se debe considerar el potencial de adicción.
Diclofenaco	1	T/DU	T/DU	Después de la semana 28 de gestación, el uso repetido de los AINE debería ser evitado.
Ergotamina	T	T	T	La metoclopramida es el antiemético de elección recomendado y se considera seguro en cualquier trimestre. De analgésicos, paracetamol (1 g x 3), paracetamol y codeína, o ibuprofeno (800 mg x 3) o diclofenaco (50 mg x 2-3) son considerados seguros para utilizar en crisis de migraña.
Fentanilo	1	1	T	Bajo indicación estricta, el fentanilo se puede utilizar en cualquier trimestre del embarazo. Cuando se administra cerca del parto, existe riesgo de depresión respiratoria neonatal. El uso de opiáceos en analgesia obstétrica debe evitarse en casos sospechosos o confirmados de acidosis fetal.
Ibuprofeno	1	T/DU	T/DU	Después de la semana 28 de gestación, el uso repetido de los AINE debería ser evitado.
Indometacina	1	T/DU	T/DU	Después de la semana 28 de gestación, el uso repetido de los AINE debería ser evitado.
Metamizol (dipirona)	2	1	T	
Morfina	2	2	T	Se debe limitar el uso de morfina durante el embarazo sólo en situaciones especiales cuando no haya alternativas más seguras disponibles.
Opiáceos/opiáceos	2	2	T/DU	
Paracetamol	1	1	1	
Petidina	2	2	T	La petidina puede utilizarse durante el parto después de una evaluación crítica y cuando no haya signos previos de acidosis fetal. El uso está relativamente contraindicado en los partos prematuros. Durante el primer trimestre su administración es asociarse con la dosis única de 150 mg de fluconazol para el tratamiento de la infección vaginal por candidiasis.
Tramadol	2	2	T/DU	Dependiendo de la duración y dosis del tratamiento, todos los opiáceos agonistas pueden causar depresión respiratoria y síntomas de abstinencia en los bebés. Los síntomas de abstinencia son comunes después de la exposición a largo plazo, y pueden aparecer en cuestión de días o semanas después del parto. Para el manejo del dolor, son preferibles el paracetamol (combinado con codeína, si fuera necesario) o el ibuprofeno hasta la semana 28 de gestación.
Anticoagulantes				
Acenocumarol	T	T	C	
Heparina	1	1	T	
Warfarina	T	T	C	Entre la 6ª y 12ª semana de gestación anomalías nasales y epifisiales.
Antieméticos (antihistamínicos bloqueantes H1, antagonistas dopaminérgicos y fenotiazinas)				
Dimenhidrinato	2	1	2	
Difenhidramina	1	1	T	
Doxilamina	1	1	T	Doxilamina debe ser la primera opción, preferiblemente combinado con vitamina B6.
Fenotiazinas	1	1	T	La experiencia a largo plazo no ha mostrado efectos teratogénicos de prometazina o de cualquier otra fenotiazina, aunque ha habido informes de casos de hendidura palatina y anomalías esqueléticas, de miembros y cardíacas con su uso.
Meclozina	1	1	1	
Metoclopramida	2	2	2	Debería ser de elección entre los antagonistas dopaminérgicos.
Antidiabéticos				
Glibenclamida	2	2	T	
Insulina	1	1	1	
Metformina	2	2	2	
Antiepilepticos				
Ácido valproico	T	T	T	
Carbamazepina	T	2	T	
Fenitoína	T	T	T	
Fenobarbital	1	2	T	
Lamotrigina	1	1	1	Notificado un aumento de riesgo de hendiduras orales, sin confirmación posterior. Véase comunicación de la AEMPS en fecha 30 de junio de 2006, sin comunicados posteriores. <a href="http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentos/usoHumano/seguridad/2006/NI_2006-05_lamotrigina.htm">http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentos/usoHumano/seguridad/2006/NI_2006-05_lamotrigina.htm</a> (acceso: 7 de abril de 2015).
Primidona	T	2	T	
Antifúngicos				
Clotrimazol	2	1	1	
Fluconazol	2	2	2	En 2011 la FDA notificó que dosis crónicas altas (400-800 mg/día) de fluconazol podían asociarse a defectos de nacimiento en bebés de madres que habían sido tratadas durante el primer trimestre del embarazo. Alteraciones en la cara y el cráneo, hendidura palatina, anomalías en huesos largos, músculos, articulaciones y defectos cardíacos. Este riesgo no parece asociarse con la dosis única de 150 mg de fluconazol para el tratamiento de la infección vaginal por candidiasis. <a href="http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm266030.htm">http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm266030.htm</a> (acceso: 7 de abril de 2015).
Griseofulvina	2	2	2	
Itraconazol	2	2	2	
Ketoconazol	2	2	2	
Miconazol (tópico)	2	2	2	
Nistatina	1	1	1	
Antihistamínicos H1				
Cetirizina	2	2	2	
Clemastina	1	1	1	
Loratadina	1	1	1	
Antinfeciosos				
Aminoglucósidos	T	T	T	
Antofetina B	2	2	2	
Cefalosporinas	1	1	1	
Ciprofloxacino	2	2	2	
Clarfomicina	2	2	2	
Cotrimoxazol	2	2	2	
Entrofomicina	2	1	1	
Etambutol	1	1	1	
Isoniazida + vitamina B6	1	1	1	
Nitrofurantoina	2	2	2	
Norfloxacino	2	2	2	
Penicilina	1	1	1	
Rifampicina	1	1	1	
Roxitromicina	2	2	2	
Tetraciclinas	2	C	C	
Antiparasitarios				
Artemisina - derivados	2	1	1	
Cloroquina (como antimalárico)	1	1	1	
Mebendazol	2	1	1	
Mefloquina	2	2	2	Se recomienda evitar el embarazo durante tres meses después de parar una quimioprofilaxis con mefloquina.
Primetamina	2	2	2	
Proguanil	1	1	1	
Tinidazol	2/DU	2/DU	2/DU	
Antiparkinsonianos				
Biperideno	2	2	2	
Bromocriptina	2	T	T	Estos medicamentos los utilizan las mujeres en edad reproductiva para los prolactinomas y trastornos de fertilidad asociados.
Cabergolina	2	T	T	
Antitiroideos				
Carbimazol	2	2	2	
Metimazol	2	2	2	
Antivíricos				
Aciclovir	1	1	1	
Cardiovascular	(Si necesita información relativa a fármacos no relacionados aquí, hay una extensa tabla donde los fármacos se categorizan según la clasificación de la FDA en: Frishman WH, Elkayam U, Aronow WS. Cardiovascular drugs in pregnancy. Cardiol Clin. 2012. 30(3):463-91.)			
Antagonistas receptores				
Angiotensina II (ARA-II; sartanes)	T	C	C	Los sartanes deben evitarse durante la lactancia.
b-bloqueantes	1/2	1/2	T	Los preferibles son metoprolol, oxprenolol, pindolol, propranolol y labetalol. Si es posible, debe evitarse atenolol, debido principalmente al riesgo de prematuridad, pequeño parto a la edad gestacional y retraso del crecimiento intrauterino. Cuando el tratamiento continúa durante el parto (cualquier b-bloqueante), se pueden encontrar efectos perinatales, tal como una disminución en la frecuencia del pulso e hipoglucemia.
Digoxina/digitoxina	1	1	1	Los digitálicos se pueden utilizar para controlar la insuficiencia cardíaca y las arritmias maternas o fetales.
Espironolactona	2	2	2	La hidroclorotiazida es el fármaco de elección.
Etillefina	2	2	2	La hidroclorotiazida es el fármaco de elección.
Furosemida	2	2	2	La furosemida se puede utilizar para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca o renal.
Hidralazina	1	1	1	
Hydroclorotiazida	2	2	2	Los diuréticos no forman parte del tratamiento estándar para la hipertensión gestacional y edema. Su uso se limita a indicaciones especiales. La hidroclorotiazida es el fármaco de elección.
Hidroxietyl almidón iECA	1	C	C	
a-metildopa	1	1	1	Benazeprilo, captopril, enalapril y quinapril pueden ser recetados durante la lactancia si los b-bloqueantes, antagonistas del calcio o a-metildopa no son eficaces o se indiguen.
Nifedipino	2	1	1	Es el medicamento de elección para la hipertensión en el embarazo. Hay autores que recomiendan b-bloqueantes.
Nitrendipino	2	2	2	Es el antagonista del calcio de elección. Nifedipino no debe administrarse en combinación con magnesio IV. De elección en el tratamiento de la urgencia hipertensiva. Nifedipino y verapamilo son los antagonistas del calcio mejor evaluados.
Prazosina	2	2	2	Sólo debe utilizarse durante el segundo o tercer trimestre, cuando los medicamentos antihipertensivos de primera elección han fracasado.
Prostaglandinas	C	C	DU	
Trinitrato de dicalcero	2	2	2	
Verapamilo	2	1	1	Nifedipino y verapamilo son los antagonistas del calcio mejor evaluados.
Psicofármacos				
Amiripilina y otros AD tricíclicos	1	1	T	
Diazepam	1	1/DU	T	
Citalopram	1	1	T	
Fenotiazinas	1	1	T	Experiencias a largo plazo no han demostrado efectos teratogénicos de prometazina o de cualquier otra fenotiazina, aunque ha habido informes de casos de hendidura palatina y anomalías esqueléticas, de miembros y cardíacas con su uso.
Haloperidol	2	2	T	
Imipramina	1	1	T	
Litio	1	2	T	Las mujeres que quieren concebir o han quedado embarazadas mientras reciben litio deben ser advertidas de que el aumento del riesgo de malformaciones congénitas es incierto; la paciente y el médico deben discutir el balance de riesgos entre el parto para el bebé y la inestabilidad del estado de ánimo de la madre antes de tomar una decisión de suspender la terapia con litio.
Olanzapina y otros neurolepticos atípicos con suficiente experiencia	2	2	T	Con antipsicóticos atípicos, especialmente clozapina y olanzapina, se ha observado en mujeres embarazadas aumento de peso, hiperglucemia e intolerancia a la glucosa.
Sertralina	1	1	T	
Radiofármacos				
En general	T	T	T	
MISCELÁNEA Observaciones				
Agonistas alfa-adrenérgicos				
Pseudoefedrina	Es un vasoconstrictor simpaticomimético presente en muchos descongestionantes de mostrador. Mejor evitarlos durante el embarazo. Evidencia débil pero consistente de gastrostrosis.			
Agonistas beta-adrenérgicos				
Ritodrina	No utilizar ni prescribir ritodrina de administración oral. No administrarlar por vía parenteral durante más de 48 horas, ni en pacientes que presenten: menos de 22 semanas de gestación; cardiopatía isquémica previa o factores de riesgo significativos para ésta; o en aquellas con amenazas de aborto durante el primer y segundo trimestre de gestación. <a href="http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentos/usoHumano/seguridad/2013/docs/NI-MUH_FV_23-2013-saba.pdf">http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentos/usoHumano/seguridad/2013/docs/NI-MUH_FV_23-2013-saba.pdf</a> (acceso: 7 de abril de 2015).			
Antiasmáticos				
Montelukast	No utilizar.			
Omalizumab	No utilizar.			
Antimigrañosos				
Triptanes	Evitar si es posible. Durante el primer trimestre los triptanes dan lugar en animales a anomalías esqueléticas y pueden producir atresia esofágica. Durante el segundo y tercer trimestre y en el período preparto exponen a la madre y al futuro bebé a efectos vasoconstrictores que pueden afectar la vasculatura uterina y fetal. Considerar solamente en caso de resistencia a los analgésicos más seguros. Prescribir las dosis más bajas posibles durante el período temporal más breve posible. Preferiblemente considerar fármacos alternativos de uso profiláctico.			
Antituberculosis				
Orlistat	No parece aumentar el riesgo de malformación en aquellas mujeres que lo han tomado y planean un embarazo (riesgo relativo = 0,42, IC 95% 0,11 a 1,07). No comercializado actualmente.			
Sibutramina	Si se ha constatado un riesgo elevado de malformaciones cardiovasculares por este fármaco (riesgo relativo = 1,81, IC 95% 1,02 a 2,99). Retirada en CEE, pero todavía se encuentra en Internet.			
Antitrombóticos				
Abacavir	Se ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales y no se ha evaluado adecuadamente en mujeres gestantes (categoría C de la FDA).			
Amprénvir	Toxicidad en animales (categoría C de la FDA).			
Atazanavir	No ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales o en mujeres gestantes (categoría B de la FDA).			
Dianunvir	Se ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales y no se ha evaluado adecuadamente en mujeres gestantes (categoría C de la FDA).			
Delavirdina	Toxicidad en animales (categoría C de la FDA).			
Didanosina	No se ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales o en mujeres gestantes (categoría B de la FDA).			
Didanosina + estavudina	No utilizar el tratamiento concomitante de ambos, ya que se ha constatado riesgo de acidosis láctica mortal en mujeres gestantes.			
Dolutegravir	No ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales o en mujeres gestantes (categoría B de la FDA).			
Elavirenz	No se debe utilizar al inicio del embarazo debido al riesgo de producir defectos del tubo neural (categoría D de la FDA).			
Efavirenz	No se ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales y no se ha evaluado adecuadamente en mujeres gestantes (categoría B de la FDA).			
Etricitabina	No ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales o en mujeres gestantes (categoría B de la FDA).			
Enfuvirtida	No se ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales y no se ha evaluado adecuadamente en mujeres gestantes (categoría B de la FDA).			
Estavudina	Toxicidad en animales (categoría C de la FDA).			
Etravirina	No se ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales y no se ha evaluado adecuadamente en mujeres gestantes (categoría B de la FDA).			
Fosamprenavir	Toxicidad en animales (categoría C de la FDA).			
Islatravir	Toxicidad en animales (categoría C de la FDA). Riesgo de hiperbilirrubinemia en el recién nacido.			
Fosamprenavir	Se ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales y no se ha evaluado adecuadamente en mujeres gestantes (categoría C de la FDA).			
Lamivudina	Toxicidad en animales (categoría C de la FDA).			
Lopinavir	No teratogénica en animales, pero si retraso en el desarrollo óseo, incremento en la incidencia de variaciones esqueléticas y disminución de peso (categoría C de la FDA).			
Maraviroc	En ratas y conejas preñadas tratadas con dosis que daban lugar a AUC de 39 y 34 veces a las administraciones en humanos ha dado lugar a anomalías fetales externas. No se ha evaluado adecuadamente en mujeres gestantes (categoría B de la FDA).			
Nefiravir	No ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales o en mujeres gestantes (categoría B de la FDA).			
Nevirapina	No ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales o en mujeres gestantes (categoría B de la FDA).			
Rilpivirina	Teratogénica en animales, si bien a dosis de exposición, 4,4 veces superiores a las humanas (categoría C de la FDA).			
Rilpivirina	No se ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales y no se ha evaluado adecuadamente en mujeres gestantes (categoría B de la FDA).			
Ritonavir	Retraso en el desarrollo, menor peso. No describe teratogénico (categoría B de la FDA).			
Sacquinavir	No ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales o en mujeres gestantes (categoría B de la FDA).			
Tenofovir	No ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales o en mujeres gestantes (categoría B de la FDA).			
Tipranavir	Se ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales y no se ha evaluado adecuadamente en mujeres gestantes (categoría C de la FDA).			
Zidovudina	Toxicidad en animales (categoría C de la FDA).			
Antifúngicos				
Ibuprofeno	No recomendable <a href="http://www.osakidetza.euskadi.es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_20_n_10_bis.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_20_n_10_bis.pdf</a> (acceso: 7 de abril de 2015).			
Vincristina	No recomendable <a href="http://www.osakidetza.euskadi.es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_20_n_10_bis.pdf">http://www.osakidetza.euskadi.es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/INFAC_Vol_20_n_10_bis.pdf</a> (acceso: 7 de abril de 2015).			
Antivirales (Influenza)				
Osetamivir	Se ha mostrado teratogénico o fetotóxico en estudios animales y no se ha evaluado adecuadamente en mujeres gestantes (categoría B de la FDA).			
Zanamivir	Estudios en animales a dosis altas no han revelado evidencia de embriotoxicidad, teratogénica o toxicidad materna. Otro estudio a dosis altas (1.000 veces la exposición humana) encontró cambios y variantes esqueléticas menores; pero la incidencia no fue significativamente diferente de la incidencia de fondo para la cepa. No se ha evaluado adecuadamente en mujeres gestantes (categoría C de la FDA).			
Factores estimulantes de colonias de granulocitos (G-CSF)				
Filgrastim	Para una indicación pertinente de un G-CSF, filgrastim sería el fármaco más estudiado de este grupo. Se puede administrar durante el embarazo.			
Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad				
Aurotiolato de sodio (sales de oro)	A pesar de que no hay sospecha de teratogénica, la experiencia con compuestos de oro durante el embarazo sigue siendo insuficiente.			
Cloroquina (como antirreumático)	Un tratamiento antirreumático con cloroquina se puede continuar o, incluso, comenzar durante el embarazo.			
Hidroxicloroquina	Un tratamiento antirreumático con hidroxicloroquina se puede continuar o, incluso, comenzar durante el embarazo.			
Lefunomida	Para una indicación pertinente de un G-CSF, lefunomida en seres humanos. Debido a la experiencia todavía limitada, lefunomida no debe utilizarse durante el embarazo.			
Metotrexato	Metotrexato (MTX) es un teratogénico que no debe utilizarse durante el embarazo. Sin embargo, la embriopatía específica para MTX, que se ha relacionado con las dosis más altas, sólo en raras ocasiones se ha observado tras el tratamiento con dosis bajas de la madre. Los resultados adversos en el embarazo parecen ser dosis y tiempo de exposición dependientes. La exposición al MTX en dosis bajas inadvertida durante el embarazo precoz ha demostrado aumentar la tasa de aborto espontáneo y también, ligeramente, la tasa de defectos graves de nacimiento.			
d-penicilamina	Potencialmente teratogénico.			
Sulfasalazina	Puede ser utilizada en todas las fases del embarazo.			
Hipocolesterolizantes				
Estatinas	Datos escasos. Se han detectado defectos a nivel SNC y extremidades en niños expuestos a estatinas en el útero. Si bien los datos no son concluyentes se recomienda evitarlas en el embarazo.			
Inmunosupresores				
Acetato de glatirámico	Glatirámico no debe interrumpirse en la planificación de un embarazo. Si se considera no conveniente interrumpir el tratamiento debido al curso individual de la enfermedad, parece aceptable continuar durante el embarazo.			
Plerixafor	Si es posible, plerixafor no debe utilizarse durante el embarazo.			
Inmunosupresores				
Azatioprina	No se le ha reconocido potencial teratogénico en humanos. Puede ser prescrito durante el embarazo.			
Everolimus	Entre los inmunosupresores la ciclosporina es uno de los fármacos más estudiados. No se le ha reconocido potencial teratogénico en humanos. Puede ser prescrito durante el embarazo.			
Ciclosporina	Entre los inmunosupresores la ciclosporina es uno de los fármacos más estudiados. No se le ha reconocido potencial teratogénico en humanos. Puede ser prescrito durante el embarazo.			
Mercaptopurina	No se le ha reconocido potencial teratogénico en humanos. Puede ser prescrito durante el embarazo.			
Micofenolato de mofetilo	Micofenolato es teratogénico. Al planificar un embarazo, micofenolato debe ser sustituido por otro inmunosupresor. Se debe evitar durante el embarazo, si es posible.			
Sirolimus	Debido a la escasez de datos, el tratamiento con sirolimus debe reservarse para situaciones refractarias.			
Tacrolimus	Debe evitarse.			
Tacrolimus	Hasta el momento, no se le ha reconocido potencial teratogénico en humanos. El uso sistémico de tacrolimus durante el embarazo es aceptable en casos bien fundamentados.			
Inhibidor de la renina (antihipertensivos)				
Aiskireno	Se debe evitar su uso. Mecanismo de acción similar al de los IECA y ARA-II.			
Interferones				
Interferón alfa	Se puede utilizar en todas las fases del embarazo para indicaciones apropiadas después de una adecuada evaluación beneficio-riesgo.			
Interferón beta 1a	Se puede administrar antes y durante el embarazo. Dado que la actividad de la enfermedad de la esclerosis múltiple disminuye con el transcurso del embarazo, especialmente en el tercer trimestre, la interrupción del tratamiento podría estar justificada. Si se requiere terapia continua, es aceptable durante todo el embarazo.			
Interferón beta 1b	Se puede administrar antes y durante el embarazo. Dado que la actividad de la enfermedad de la esclerosis múltiple disminuye con el transcurso del embarazo, especialmente en el tercer trimestre, la interrupción del tratamiento podría estar justificada. Si se requiere terapia continua, es aceptable durante todo el embarazo.			
Interferón gamma	No hay conocimiento de ninguna experiencia publicada sobre su uso durante el embarazo. Si se requiere terapia continua, es aceptable durante todo el embarazo.			
Peginterferón alfa	Se puede utilizar en todas las fases del embarazo para indicaciones apropiadas después de una adecuada evaluación beneficio-riesgo.			
Prostaglandinas				
Misoprostol	Análogo sintético de la prostaglandina E1, utilizado para el tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales y en combinación con mifepristona para el aborto médico. Se han notificado malformaciones graves en niños dados a ser utilizados como abortivos, sin supervisión médica, a pesar de su pobre eficacia cuando se utiliza solo. En mujeres que han continuado la gestación tras un intento fallido, sin haber sido advertidas, se han manifestado alteraciones que incluyen defectos de los pares craneales 6 y 7, característicos del síndrome de Möbius y afecciones de las extremidades. Tiene una relación beneficio-riesgo negativa en el tratamiento de úlceras gastroduodenales en mujeres jóvenes.			
Relajantes musculares				
Thiocolchicosido	Contraindicado. Véase <a href="https://sinaem.agemed.es/CartasFarmacovigilanciaDoc/2014/Thiocolchicoside_DHPC-final.pdf">https://sinaem.agemed.es/CartasFarmacovigilanciaDoc/2014/Thiocolchicoside_DHPC-final.pdf</a> (acceso: 7 de abril de 2015).			
Retinoides				
Acitretina	Contraindicada. Metabolito del etretinato. De uso muy arriesgado en la edad reproductiva de la mujer. Sus efectos teratogénicos pueden persistir después de 3 años de haberla dejado.			
Adapaleno	Contraindicado como todos los retinoides.			
Alitretinoína	Contraindicado como todos los retinoides.			
Etretinato	Contraindicado como todos los retinoides.			
Isotretinoína	Contraindicado como todos los retinoides.			
Tazaroteno	Contraindicado como todos los retinoides.			
Tretinoína	Contraindicado como todos los retinoides.			
Terapia con biológicos				
Adalimumab	Adalimumab no debe suspenderse en la planificación de un embarazo. Sin embargo, el tratamiento en el segundo y tercer trimestre se debe reservar para indicaciones bien fundamentadas. Se recomienda la interrupción del tratamiento en la semana gestacional 30. Los niños expuestos a infliximab a finales del embarazo no deben recibir vacunas atenuadas antes de los 6 meses de vida.			
Certolizumab pegol	Experiencia insuficiente para dar recomendaciones.			
Elixarcept	Infliximab no se considera teratogénico. Sin embargo, la experiencia durante el embarazo es insuficiente. El tratamiento durante el embarazo debe ser interrumpido en la planificación de un embarazo.			
Infliximab	Infliximab no debe suspenderse cuando se planifique un embarazo. Sin embargo, el tratamiento en el segundo y tercer trimestre debe reservarse para indicaciones bien fundamentadas. Se recomienda la interrupción del tratamiento en la semana gestacional 30. Los niños expuestos a infliximab a finales del embarazo no deben recibir vacunas atenuadas antes de los 6 meses de vida.			
Natalizumab	Aunque no se sospecha actualmente teratogénico con su uso, la experiencia con natalizumab durante la organogénesis es insuficiente. Si fuera posible, natalizumab no se debería prescribir durante el embarazo.			
*La información sobre el impacto de los fármacos en el embarazo				