

GUÍA FARMACOLÓGICA PARA LA MUJER EMBARAZADA EN EL ÁREA DE URGENCIAS

RECOMENDACIÓN CIENTÍFICA. 2018

*GRUPO DE TRABAJO DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (SEEUE).*

AUTORES

Juana María Vázquez Lara (DUE 061, Ceuta. Matrona)

Luciano Rodríguez Díaz (Matrón, Ceuta)

Víctor Jiménez Fernández (DUE, Hospital La Paz, Madrid)

M^a Dolores Vázquez Lara (DUE, A.P. de Algeciras, Cádiz)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO QUE INTERVIENEN EN LA FARMACODINAMIA
3. RECOMENDACIONES PARA LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO
4. CLASIFICACIÓN DE LOS FÁRMACOS EN FUNCIÓN DE SU POTENCIAL TERATOGÉNICO
5. GRUPOS DE FÁRMACOS Y EFECTOS EN LA EMBARAZADA
6. ¿DONDE OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LAS MEDICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA?
7. BIBLIOGRAFÍA

1.- INTRODUCCIÓN

El embarazo representa un problema terapéutico único porque hay dos pacientes involucrados, la madre y el feto. Es un periodo crítico para la administración de medicamentos ya que muchos de ellos pueden ocasionar graves malformaciones en el feto especialmente si son administrados durante el primer trimestre del embarazo y, por otra parte, otros muchos si se administran (sobre todo de manera continuada) durante las últimas semanas de gestación pueden favorecer la aparición de complicaciones en el parto y puerperio.

Una enfermedad materna puede beneficiarse con una determinada actitud terapéutica que a su vez puede ser perjudicial para el feto. Sin embargo, la práctica clínica coincide en que es preferible el beneficio de la madre, aunque intentando siempre minimizar los efectos adversos sobre el feto.

Lo ideal sería no administrar ningún tipo de medicación durante el embarazo para evitar cualquier riesgo para la gestante y el feto, pero sería totalmente utópico pensar que durante el embarazo no se produzca ninguna situación, ya no sólo de riesgo vital para la madre, sino cualquier tipo de patología materna susceptible de ser tratada con algún fármaco.

En el año 2003 Vedia C. publicó un estudio en el que se observó que en España solamente un 7% de las gestantes no había tomado ningún fármaco durante el embarazo y el 55 % había tomado alguna medicación durante el primer trimestre.

Se estima que el riesgo de malformaciones congénitas de cualquier tipo está en torno al 5%. La etiología de estas malformaciones se desconoce en la mayoría de los casos, aunque se sabe que la exposición durante el embarazo a factores ambientales y fármacos están claramente implicados; sin embargo, el hecho de que cualquier nuevo fármaco pueda ser teratógeno hace necesario el desarrollo de métodos y actitudes eficaces para prevenir la exposición fetal.

Además de los riesgos asociados con la exposición fetal a fármacos potencialmente teratógenos, existe un riesgo asociado a la falta de información sobre los posibles efectos adversos de los fármacos utilizados, que puede llevar tanto a la aparición de abortos como a la supresión de determinados tratamientos que son imprescindibles durante el embarazo.

La escasez de estudios realizados para observar el efecto de los fármacos sobre el feto dificulta a menudo la prescripción de fármacos. Determinar si un principio activo es inocuo para el feto es difícil de demostrar, puesto que requiere una exhaustiva investigación, no solo en número de estudios clínicos, sino también en el tiempo, ya que los efectos teratógenos pueden no manifestarse en el momento del nacimiento sino meses o años después.

Por último, desde la americana Food and Drug Administration (FDA) y otros organismos internacionales están promoviendo la creación de registros de exposición de mujeres embarazadas a fármacos y otras sustancias que nos ayuden a mejorar los conocimientos en esta materia.

2.- CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO QUE INTERVIENEN EN LA FARMACODINAMIA.

- Disminución de la motilidad gastrointestinal y aumento del pH gástrico que producen una mayor reabsorción a nivel intestinal de los fármacos.
- Aumento del volumen plasmático y del agua corporal total (lo que incrementa el volumen de distribución de los fármacos) y una disminución de las proteínas plasmáticas (albúmina plasmática), cuyo efecto es aumentar la tasa libre del medicamento (forma activa).
- Incremento del gasto cardíaco y del flujo sanguíneo durante la gestación, por lo que también se incrementa el transporte del fármaco a nivel periférico y la absorción de los fármacos administrados por aerosol pulmonar. Así mismo la hiperventilación hace que en las gestantes exista una mayor velocidad de transporte de los fármacos a través de la membrana alveolar, lo que hay que tener en cuenta a la hora de administrar medicamentos por vía inhalatoria.
- Aumento de la filtración glomerular, aumenta la excreción de medicamentos como el litio y la digoxina.
- La capacidad metabolizadora de la placenta y el hígado fetal, puede producir metabolitos tóxicos.

Estos cambios fisiológicos y “adaptativos” pueden conllevar una reducción importante en las concentraciones de determinados fármacos. Además, hay que tener en cuenta el paso y la metabolización de los diferentes fármacos a través de la placenta, y su posterior distribución, metabolismo y excreción en el embrión o feto (sin olvidar la reabsorción y deglución fetal de las sustancias desde el líquido amniótico).

Por todos estos mecanismos tan complejos, en la gran mayoría de los productos farmacéuticos que consume la embarazada no conocemos su cinética exacta durante la gestación.

3.- RECOMENDACIONES PARA LA UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO.

- Considerar la posibilidad de embarazo en toda mujer en edad fértil.
- Revalorar los posibles tratamientos activos cuando se conoce un nuevo embarazo.
- Prescribir únicamente aquellos medicamentos necesarios.
- Combatir la automedicación.
- Desconfiar de la inocuidad de cualquier fármaco.
- Evitar la prescripción de medicamentos con múltiples principios activos en su composición
- Valorar el índice entre riesgo y beneficio, estableciendo claramente la necesidad de tratar la enfermedad, dado que su no tratamiento puede ser tan perjudicial para el feto, como la administración de ciertos fármacos.
- Utilizar preferentemente aquellos medicamentos de los que se disponga mayor experiencia clínica y sean más seguros.
- Evitar el uso de fármacos de reciente comercialización.
- Utilizar la menor dosis terapéutica eficaz y durante el menor tiempo posible.
- Considerar los cambios en la farmacocinética de los fármacos que aparecen durante el embarazo y tras el parto.
- Asumir que las características farmacocinéticas y farmacodinámicas del feto no tienen por qué coincidir con las de la madre.

4.- CLASIFICACIÓN DE LOS FÁRMACOS EN FUNCIÓN DE SU POTENCIAL TERATOGENICO

Debido al riesgo que comporta el consumo de fármacos durante la gestación se han desarrollado múltiples clasificaciones para agrupar a los medicamentos en función de su riesgo teratogénico. La más frecuente y utilizada en nuestro medio es la americana que estableció la “*Food and Drug Administration*” (FDA), que distingue cinco categorías:

Categoría A: estudios controlados en gestantes no han podido demostrar riesgo para el feto durante el primer trimestre, y no existe evidencia de riesgo en trimestres posteriores, por lo que la probabilidad de teratogénesis parece remota.

Categoría B: se distinguen 2 supuestos:

- Estudios realizados en animales no han demostrado un riesgo teratogénico para el feto, pero no existen estudios controlados en mujeres embarazadas.

- Estudios con animales han mostrado un efecto teratogénico no confirmado por estudios en embarazadas durante el primer trimestre de gestación, y no existe evidencia de riesgo en trimestres posteriores.

Categoría C: los estudios realizados en animales de experimentación han revelado efectos adversos en el feto, pero no hay estudios controlados en gestantes. Los fármacos incluidos en esta categoría sólo deben utilizarse cuando los beneficios potenciales justifiquen los posibles riesgos para el feto.

Categoría D: existe una clara evidencia de riesgo teratogénico. Sólo deben utilizarse en aquellos casos de enfermedad grave o ante una situación límite, y no existan otras alternativas más seguras.

Categoría X: los fármacos incluidos en esta categoría están contraindicados en mujeres que están o pueden quedar embarazadas. Estudios realizados en animales y en humanos han mostrado la aparición de anomalías en el feto.

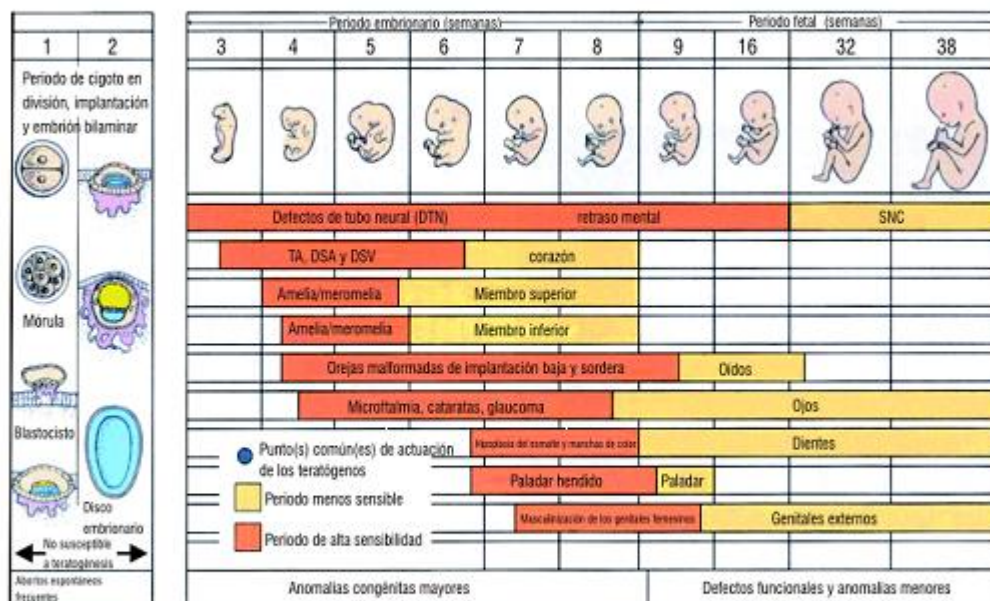


Figura 1. Periodos críticos del desarrollo humano.

Tomado de: Moore KL, Persaud TVN. Atlas de Embriología Clínica

Clasificación de riesgo teratogénico				
A	B	C	D	X
Ac	Ampicilina	Amitriptilina	Atenolol	Atorvastatina
Nicotínico	Amoxicilina	Baclofeno	Acido Valproico	Contraceptivos hormonales
(bajas dosis)	Anfotericina B	Bromocriptina	Busulfan	Clomifeno
Levotiroxina	Azitromicina	Budenosida	Captopril *	Danazol
Ac. fólico	Cefazolina	Claritromicina	Clortalidona °	Etritinato
Vitamina A	Cefaclor	Ciprofloxacina	Clordiazepóxido	Etimilestradiol
(bajas dosis)	Cefotaxima	Dexametasona°	Colchicina	Estradiol
Vitamina D	Ceftriaxona	Diltiazem	Diazepam	Estrógenos conjugados
(bajas dosis)	Cefuroxima	Dopamina	Dexametasona °	Ergotamina
Vitamina B ₁₂	Clindamicina	Efavirenz	Diclofenaco °	Flurazepam
Vitamina B ₆	Clorfeniramina	Enalapril °	Doxicilina	Fluvastatina
Vitamina B ₁	Clortalidona	Gentamicina	Enalapril *	Isotretinoína
	Diclofenaco *	Glibneclamida	Fenobarbital	Mestranol
	Difenhidramina	Heparina	Hidroclorotiazida °	Lovastatina
	Dimenhidrinato	Haloperidol	Imipramina	Misoprostol
	Eritromicina	Interferon alfa	Ibuprofeno ^{d, f}	Menadiona ^d
	Hidroclorotiazida	Isonicacida	Indometacina	Medroxiprogesterona
	Ibuprofeno ^b	Ketoconazol	Litio	Metotrexato
	Indometacina ^b	Levodopa	Naproxeno ^d	Mifepristona
	Metformin	Mebendazol	Piroxicam ^d	Norgestrel
	Metildopa	Menadiona *	Prednisolona °	Noretisterona
	Metoclopramida	Morfina	Propranolol *	Ribavirina
	Metronidazol	Nifedipina	Tetraciclina	Sinvastatina
	Naproxeno ^b	Pentoxifilina	Warfarina	Vitamina A
	Nitrofurantoína	Pioglitazona		(altas dosis)
	Paracetamol	Piroxicam ^b		
	Penicilina G	Prednisolona *		
	Peni. Procaínica	Propranolol °		
	Peni. Benzatínica	Rifampicina		
	Ranitidina	Salbutamol		
	Terbinafina	Teofilina		

Figura 2. Tomado de: Briggs, G.G., Freeman, R.K., Yaffe, S.J. *Drug in pregnancy and lactation. A reference guide to fetal and neonatal risk*, 6 ed. Filadelfia: Willims and Wilkins, 2002. *Nota:* (a) 2do.-3er. trimestre; (b) 1er.-2do. trimestre; (c) 1er. trimestre; (d) 3er. trimestre; (e) uso crónico; (f) uso por más de 48 h.

* En la clasificación "X" faltaría incluir el acenocumarol como fármaco que causa anomalías en el feto (probablemente porque en América se use bastante menos el acenocumarol que la warfarina)

FÁRMACOS EN EL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

Un caso especialmente significativo, es el uso de determinados fármacos en el tercer trimestre de gestación, dado que afectan o pueden hacerlo, al recién nacido provocando ciertas patologías de importancia. (Tabla 2). Estos efectos acostumbran a ser transitorios y leves, pero en ocasiones pueden comportar graves consecuencias para el futuro desarrollo del niño. Los efectos a largo plazo de los fármacos sobre el neonato se conocen poco.

Ácido acetilsalicílico: puede provocar anemia o hemorragias anteparto o postparto. La aspirina administrada en las últimas semanas de gestación tiene efectos sobre los mecanismos de la hemostasia materna y fetal, aumentando el riesgo de hemorragia. Altas dosis pueden producir un incremento de la mortalidad perinatal y de crecimiento intrauterino retardado. También se ha descrito una prolongación del embarazo, probablemente debido a su efecto antiprostaglandínico.

Cloranfenicol: no debe administrarse en el último trimestre de la gestación ni durante el parto, debido al riesgo potencial de provocar el "Síndrome Gris" en el neonato. Durante el embarazo, debe administrarse exclusivamente en casos de infecciones graves por microorganismos sensibles al antibiótico.

Fenitoína: la exposición fetal a la hidantoína puede causar enfermedad hemorrágica del recién nacido, similar a la causada por el déficit de vitamina K y reversible con su administración.

Fenobarbital: provoca la disminución de los factores de la coagulación dependientes de la vitamina K en el recién nacido. En neonatos cuyas madres habían sido tratadas con Fenobarbital durante 12 semanas antes del parto se ha observado síndrome de abstinencia.

Sulfamidas: no produce ninguna manifestación en el feto intraútero, pero sí puede tener un grave repercusión en el recién nacido. No causan afectación fetal intraútero, ya que la bilirrubina libre se aclara a través de la placenta; sin embargo, estos fármacos pueden tener un grave efecto sobre el recién nacido. Compiten con la bilirrubina por los lugares de unión a la albúmina, elevándose los niveles séricos de bilirrubina libre y, por tanto,

se incrementa el riesgo de hiperbilirrubinemia en el neonato. La bilirrubina libre puede atravesar la barrera hematoencefálica y producir un cuadro de Kernicterus (ictericia nuclear del recién nacido), por lo que está contraindicado durante los tres últimos meses del embarazo.

Litio: los neonatos expuestos al litio pueden presentar: hipotonía, letargia, hipotermia, apnea, escasa capacidad de succión y función tiroidea alterada.

Tetraciclinas: durante el embarazo, y especialmente después del cuarto mes, todas las tetraciclinas están contraindicadas, debido al efecto pernicioso que tienen sobre el desarrollo óseo y dental (pigmentaciones amarillentas, hipoplasia del esmalte y caries dental). La exposición a sólo 1 g de tetraciclinas al día durante 3 días en el tercer trimestre de la gestación se ha asociado con manchas dentales.

5.- GRUPOS DE FÁRMACOS Y EFECTOS EN LA EMBARAZADA

A) Antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos

1) IBUPROFENO

Indicaciones

- Dolor ocasional leve o moderado, incluyendo dolores de cabeza, dentales, musculares (contractura), de espalda (lumbalgias). – Fiebre de etiología diversa.

- Artritis reumatoide, incluyendo la artritis reumatoide juvenil, artrosis, espondilitis anquilosante.

- Dismenorrea.

- Inflamación no reumática (bursitis, capsulitis, sonovitis, esguince u otros tipos de lesiones inflamatorias de origen traumático o deportivo).

Embarazo

En el primer y segundo trimestre de la gestación se incluye en la categoría B de la FDA, mientras que en el tercer trimestre en la D. Los estudios con animales no han detectado efectos teratógenos, pero no existen estudios adecuados y bien controlados en humanos. No parece que el uso ocasional de AINES produzca efectos adversos sobre el feto. Sin embargo, el riesgo absoluto de malformaciones cardíacas se incrementa desde menos del 1% hasta aproximadamente el 1,5% cuando se aumenta la dosis y la duración del tratamiento.

2) DICLOFENACO

Indicaciones

-Formas inflamatorias y degenerativas del reumatismo: artritis reumatoide, espondiloartritis anquilopoyética, artrosis, espondiloartritis.

-Reumatismo extraarticular.

-Ataques agudos de gota.

-Dolor asociado al cólico nefrítico.

-Dismenorrea primaria.

-Inflamaciones y tumefacciones postraumáticas

Embarazo

Se incluye en la categoría B de la FDA y en el tercer trimestre del embarazo en la D. Los estudios en animales no han registrado teratogeneidad, pero no existen estudios adecuados y bien controlados en humanos. No parece que el uso ocasional de AINES, salvo poco antes de parto, produzca efectos adversos sobre el feto.

3) PARACETAMOL

Indicaciones

- Dolor de intensidad leve o moderada, como dolor músculo-esquelético, artrosis, artritis reumatoide, cefalea, odontalgia o dismenorrea.
- Estados febriles

Embarazo

El paracetamol se incluye en la categoría B de la FDA. No se han descrito problemas en humanos. No hay evidencia de una relación entre el uso del paracetamol y defectos congénitos. Aunque no se han realizado estudios controlados, se ha demostrado que este fármaco atraviesa la placenta, por lo que se recomienda no administrar salvo en caso de necesidad.

4) METAMIZOL

El metamizol o dipirona magnésica es un derivado pirazolónico, con potente acción analgésica, antipirética, antiespasmolítica y moderada capacidad antiinflamatoria

Indicaciones

- Tratamiento del dolor de intensidad moderada.
- Dolor agudo postoperatorio o postraumático.
- Dolor de tipo cólico.
- Fiebre alta que no responde a otros tratamientos

Embarazo

No se recomienda este medicamento en el primer y tercer trimestre de embarazo.

Se debe suspender la lactancia durante las siguientes 48 horas tras la administración de este medicamento

B) Antiácidos y antieméticos

Antiácidos absorbibles:

- Bicarbonato sódico.
- Sales de calcio: hidróxido de calcio y carbonato cálcico.

Antiácidos no absorbibles:

- Hidróxido de aluminio.
- Sales de magnesio: trisilicato de magnesio e hidróxido de magnesio.
- Almagato.
- Magaldrato.

1) ALMAGATO

Indicaciones

- Hiperacidez gástrica: tratamiento sintomático de las alteraciones de estómago relacionadas con hiperacidez (ardores, indigestión, acidez de estómago).
- Hiperacidez gástrica asociada a úlcera péptica, úlcera duodenal, esofagitis, hernia de hiato.

Embarazo

Se incluye en la categoría B de la FDA. En algunos estudios se han detectado casos aislados de hipercalcemia, y de hiper e hipomagnesemia asociados al consumo crónico de antiácidos durante el embarazo.

2) DOXILAMINA SUCCINATO (Cariban®)

Indicaciones

- Náuseas.
- Vómitos.

Embarazo

Se incluye en la categoría B de la FDA. En estudios realizados con animales a los que se administró doxilamina con piridoxina no se han apreciado efectos adversos sobre el feto. La doxilamina atraviesa la placenta.

C) Anticoagulantes

1) HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR (HBPM).

Indicaciones

- Tratamiento de las afecciones del sistema venoso superficial, tromboflebitis superficial y tratamiento de la flebitis causada por catéter intravenoso.

- Profilaxis y tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE).

Embarazo

La heparina no atraviesa la placenta ni se distribuye en la leche materna. No obstante, debido a que no se han realizado estudios de la administración de heparina durante el embarazo y la lactancia, este medicamento sólo debe ser administrado en estos casos cuando sea estrictamente necesario:

- * Ante una cirugía obstétrica en grávidas con riesgo de padecer ETE.
- * En dosis antiagregantes, como tratamiento preventivo en embarazadas con factores de alto y mediano riesgo de presentar ETE.

El fármaco inhibidor alternativo es la heparina no fraccionada.

2) PENTOSANO POLISULFATO SÓDICO (Thrombocid®)

Indicaciones

- Varices: alivio local sintomático de los trastornos venosos superficiales como pesadez y tirantez en piernas con varices.

- Hematoma: alivio local sintomático de hematomas superficiales producidos por golpes.

Embarazo

Se cree que este fármaco no atraviesa la placenta. No obstante, no hay estudios adecuados y bien controlados, por lo que su uso sólo se acepta en caso de ausencia de alternativas terapéuticas más seguras.

D) Laxantes

1) BISACODILO. (Dulcolaxo®)

Indicaciones

- Estreñimiento: tratamiento sintomático del estreñimiento temporal, como el producido por reposo prolongado en cama o viajes.

- Para facilitar la evacuación intestinal en caso de hemorroides y fisuras de ano.

Embarazo

Este medicamento se incluye en la categoría B de la FDA. Se considera inocuo cuando se utiliza de forma aislada.

2) LACTIOL (Emportal®)

Indicaciones

- Tratamiento del estreñimiento crónico.

Embarazo

Se incluye en la categoría B de la FDA. En estudios con animales, utilizando dosis 6 veces mayores que en humanos, no se han evidenciado efectos adversos para el feto. Sin embargo, no se han realizado estudios bien controlados en mujeres embarazadas, por lo que no se recomienda su utilización a no ser que los beneficios superen los posibles riesgos.

E) Profilaxis antitetánica

Según las últimas recomendaciones para 2016 de los departamentos de salud pública de las Comunidades Autónomas es deseable que se garantice la llegada a la edad reproductiva de la mujer con una adecuada inmunidad frente a tétanos y difteria mediante la revisión del estado vacunal antes de llegar al embarazo y detectando precozmente aquellas con alta probabilidad de no estar vacunadas. En mujeres embarazadas con pauta de vacunación completa solamente se recomienda una dosis de recuerdo con vacuna dTpa entre las semanas 28 y 36 de gestación (preferentemente entre la 28 y 32).

En aquellas con pauta incompleta documentada o si se desconoce el estado vacunal, se recomienda completar las dosis con vacunas de Td hasta conseguir 3 dosis (seguir pauta 0, 4 semanas y 6-12 meses), sustituyendo la última dosis, que haremos recaer entre las semanas 28-32, por vacuna dTpa para optimizar el paso de anticuerpos al recién nacido.

Si durante el embarazo se produce una herida susceptible de recibir vacuna antitetánica se administrará dTpa y se valorará su potencial tetanigénico por si fuese necesaria la administración de inmunoglobulina antitética.

1) INMUNOGLOBULINA ANTITETÁNICA

Indicaciones

- Profilaxis en personas con pauta incompleta o que desconoce su estado vacunal del tétanos con heridas/quemaduras tetanígenas (importante grado de tejido devitalizado, punzantes y con cuerpos extraños que hayan estado en contacto con estiércol o el suelo, fracturas abiertas, mordeduras y ante signos de Sepsis).

- Tratamiento del tétanos clínicamente manifiesto.

Embarazo

Se incluye en la categoría C de la clasificación de la FDA. No hay estudios adecuados y bien controlados en humanos. No obstante, no se han registrado efectos adversos en el feto con el uso de esta inmunoglobulina. A causa de que el tétanos produce morbilidad grave y mortalidad en la madre y el recién nacido, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomienda el uso de la inmunoglobulina antitetánica durante el embarazo para profilaxis postexposición.

6.- ¿DONDE OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE LAS MEDICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA?

A) AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO (<http://www.aemps.gob.es>)

Se trata del organismo oficial del Estado donde ciudadanos y profesionales sanitarios pueden obtener de forma actualizada información en materia de garantías de calidad, seguridad, eficacia y accesibilidad de los medicamentos y productos sanitarios.

En su página web podemos acceder tanto a las fichas técnicas actualizadas de aquellos con autorización vigente para su comercialización en España, como a alertas, notas informativas y de seguridad.

B) SERVICIO ESPAÑOL DE INFORMACIÓN TELEFÓNICA SOBRE TERATÓGENOS

Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español (SITTE), dirigido a profesionales de la salud sobre fármacos y malformaciones congénitas.

Teléfono: 91 822 34 35 Horario de llamadas: de 9 a 15 horas, de lunes a viernes.

También permite la información telefónica directa a la embarazada: Servicio de Información Telefónica para la embarazada (teléfono 918222436).

C) **www.e-lactancia.org**

Es la página de referencia a nivel nacional entre los profesionales sanitarios y también entre usuarios para revisar la compatibilidad de la lactancia con el uso de fármacos, cosméticos, homeopatía,...

Está realizada por pediatras de "APILAM" (Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna)

7.- BIBLIOGRAFÍA

1. Orueta R., López M.J. Manejo de fármacos durante el embarazo. Inf Ter Sist Nac Salud [Internet] Madrid 2011. [acceso 24 de Diciembre de 2016]; 35(4): [107-113]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/EmbarazoVol35n4.pdf
2. Gallego M., Delgado L., Campos M.A., de Lorenzo A., Tutau F. Actualización del uso de fármacos durante el embarazo: categorías de riesgo. Farm Hosp [Internet] Madrid 2014. [acceso 24 de Diciembre de 2016]; 38(4):364-378. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/fh/v38n4/12revision02.pdf>
3. Medicamentos y embarazo: motivos de consulta frecuentes. INFAC [Internet]. 2005[acceso 24 de Diciembre de 2016];13(1):1-6. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkcevi04/es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v13_n1.pdf
4. Medicamentos y embarazo: Actualización. INFAC [Internet] País Vasco 2013.[acceso 24 de Diciembre de 2016]; 21 (7):[46-54]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_7_Medicamentos_y_embarazo_Actualización.pdf
5. Bengoa M.A., Onis E., Alfayate S. Vacunación en el embarazo. Grupo de patología infecciosa de la Asociación Española de pediatría en atención primaria. [Internet] Madrid. [acceso 24 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa>
6. Góngora Rodríguez J. Enfermedad Tromboembólica en el embarazo y puerperio. Profilaxis. Manual del Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario "Virgen de las Nieves", Granada. 2012.
7. Nápoles Méndez D., Couto Núñez D. Enfermedad tromboembólica en el embarazo y puerperio. Parte 2: Prevención y tratamiento. MEDISAN [Internet]. 2011 Nov [citado 2017 Feb 09] ; 15(11): 1577-1597. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100010&lng=es.
8. Abelino Castillo Y.E., Sierra Herrera R., Torres Díaz Y., Félix Rodríguez Ramos J., Boffill Corrales A.M. Factores de riesgo de la enfermedad tromboembólica en puérperas. Rev. Ciencias Médicas [Internet]. 2013 Dic [citado 2017 Feb 09] ; 17(6): 2-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000600002&lng=es.