



Antimicrobianos y lactancia materna

En todos los casos debe de asumirse como principio que los medicamentos administrados a la madre llegarán al niño a través de la leche materna.

El paso de antimicrobianos a la leche materna, potencialmente, puede tener tres efectos: la modificación de la flora intestinal con la consecuente aparición de diarrea y malabsorción de nutrientes, efectos relacionados de manera directa con la dosis del medicamento y alteración de los resultados en los cultivos realizados en casos de infección sistémica. Con base en lo anterior los antimicrobianos, pueden ser clasificados como:

- a) Seguros para su administración en mujeres que están lactando: amoxicilina, aminoglucósidos, amoxicilina-clavulanato, antituberculosos, cefalosporinas y macrólidos
- b) Antimicrobianos cuyo efecto en los lactantes aún es desconocido y que deben de emplearse con precaución como clindamicina, dapsona, ácido mandélico, metronidazol a dosis bajas, ácido nalidíxico y nitrofurantoína
- c) Los antimicrobianos no recomendados son el metronidazol a dosis únicas y altas, cloramfenicol y quinolonas.

Aunque el ketoconazol se considera compatible con la lactancia, aún se desconocen los efectos de otros antimicóticos como el fluconazol, itraconazol y terbinafina.

Los antipalúdicos como la cloroquina, la hidroxicloroquina y quinina, aunque aparecen en la leche, se consideran compatibles con la lactancia, en el caso de la mefloquina, proguanil, pentamidina, pirimetamina y primaquina, aún no se cuenta con información suficiente para considerarlos como compatibles con la lactancia.

Con antihelmínticos como el praziquantel, mebendazol, piperazina, pamoato de pirantel, se ha observado disminución en la producción de leche en algunas mujeres.

Los aminoglucósidos, aunque pasan a la leche materna, presentan baja biodisponibilidad oral y no son absorbidos por el lactante por lo que son seguros en cierto

grado; existe el caso de un lactante cuya madre recibió gentamicina y clindamicina y se reportó diarrea sanguinolenta que cedió cuando se suspendió la lactancia. En el caso del trimetoprim/sulfametoaxazol excretado por la leche, no existe riesgo documentado en lactantes sanos de término, sin embargo las sulfonamidas deberán ser evitadas en lactantes pretérmino, en lactantes con hiperbilirrubinemia y en aquellos con déficit de glucosa-6 fosfato deshidrogenasa. Las sulfonamidas de vida media larga pueden causar kernicterus.

En el caso de las cefalosporinas y los macrólidos puede haber alteración de la flora intestinal, especialmente con las cefalosporinas de tercera generación.

Aunque las penicilinas son prescritas en madres que lactan, no existen evidencias consistentes que avalen totalmente su seguridad, al igual que las cefalosporinas y macrólidos, las penicilinas potencialmente pueden alterar la flora intestinal y producir diarrea; la Asociación Americana de Pediatría las considera compatibles con la lactancia materna. En el caso de las quinolonas no se recomienda su uso en esta etapa por el peligro potencial de artropatías y fototoxicidad.

En el caso del cloramfenicol, las concentraciones en leche son suficientes para provocar el síndrome gris, potencialmente anemia aplásica y rechazo al seno materno.

Las tetraciclinas deben evitarse por los riesgos de tinción dental y efectos en el desarrollo óseo. La isoniazida puede interferir con el metabolismo de los ácidos nucleicos y producir hepatotoxicidad; en los casos en que las madres están recibiendo el medicamento se recomienda el examen de los lactantes en busca de manifestaciones de neuritis periférica y datos de hepatotoxicidad. La estreptomicina no presenta riesgo de ototoxicidad debido a que se absorbe mal a nivel intestinal, en el caso del etambutol, pirazinamida y rifampicina, los datos disponibles para recomendar su empleo en esta etapa, son insuficientes.

Entre los antivirales que pueden ser compatibles con la lactancia están el aciclovir, amantadina y valaciclovir, sin embargo, se desconocen los efectos de los antirretrovirales famciclovir, foscarnet y ganciclovir. El aciclovir pasa en cantidades mínimas a la leche materna, además de que su escasa absorción intestinal lo hace relativamente seguro en la lactancia. El aciclovir es el metabolito activo del valaciclovir, por lo que aunque aún no existen estudios al respecto, este antiviral también se considera seguro.

En algunas situaciones se deberá valorar la supresión de la lactancia materna, como cuando hay la existencia de evidencia razonable de que el medicamento puede producir efectos indeseables relevantes en el lactante; independientemente de la concentración del medicamento, la afinidad a receptores que pudiera producir efectos adversos en el niño y la existencia de insuficiencia renal, insuficiencia hepática que propician que el fármaco use la leche como principal mecanismo de eliminación, o bien, cuando es previsible un incremento marcado de las concentraciones plasmáticas por una reducción en la eliminación.

En todos los casos deberá de evaluarse el beneficio del tratamiento para la madre, el riesgo del tratamiento para el niño y el beneficio de la lactancia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Ito S, Lee A. Drug Excretion into breast mil-overview. *Adv Drug Deliv Rev* 2003;55:617-627.
- 2. Panchaud A, Fischer C, Rothuizen L, Buclin T. Drugs and Breastfeeding: some facts to consider before deciding they are incompatible. *Rev Med Suisse* 2008;4:540-545.
- 3. González Saldaña N, Saltigerl Simental P. Guía de Antimicrobianos. Nieto Editores. 8^a Ed. México 2008.

Dr. Oscar Vázquez Tsuji*

Dra. Teresita Campos Rivera**

* Jefe del Servicio de Parasitología del Instituto Nacional de Pediatría. Facultad de Medicina UNAM

** Médico adscrito al servicio de Parasitología del Instituto Nacional de Pediatría. Facultad de Medicina UNAM

Correspondencia:

Insurgentes Sur 3700-C Col. Insurgentes Cuiculco, Deleg. Coyoacán C.P. 04530 México D.F.