

Farmacología odontológica en la lactancia materna

Resumen

La lactancia materna es la mejor forma de alimentación en el lactante, al proveerle de nutrimentos específicos para un adecuado crecimiento y desarrollo, además confiere protección inmunológica y en la adultez disminuye la posibilidad de enfermedades crónico degenerativas; en la madre, reduce el riesgo de algunos tipos de cáncer.

Infecciones de la madre, como mastitis, de vías urinarias y dentales, suelen requerir de la prescripción de fármacos, y, debido al desconocimiento de la madre y personal de salud, esto representa una causa del abandono de la lactancia, no concretándose así los beneficios de la misma en el binomio.

Carla Sofía Padilla Arellano,
Isela Flores Alarcón,
Sandra Lilia González Arenas,
Nickte Ha-Salgado García,
César Ulloa Delgado .

Universidad Autónoma de Zacatecas,
Unidad Académica de Odontología.

Correo electrónico:
sphya2008@hotmail.com



Palabras clave: Lactancia materna, Fármacos, Toxicología.

Dental Pharmacology breastfeeding

Summary

Breastfeeding is the best form of feeding in the infant, by providing specific nutrients for proper growth and development, it also confers immunological protection and in adulthood decreases the possibility of chronic degenerative diseases; in the mother, it reduces the risk of some types of cancer.

Infections of the mother, such as mastitis, urinary tract and dental, usually require the prescription of drugs, and, due to the ignorance of the mother and health personnel, this represents a cause of abandonment of breastfeeding, thus not realizing the benefits of it in the binomial.

Keywords: Breastfeeding,
Drugs, Toxicology.

Introducción

La práctica de la lactancia materna es la mejor forma de alimentar a niños menores de 2 años, al aportar los nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo, y entre sus múltiples beneficios se pueden mencionar, el aporte de anticuerpos al infante, menores posibilidades de desarrollar alergias, obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, cáncer y diabetes en edades posteriores, además de favorecer el desarrollo de mayores capacidades cognitivas, y la disminución de la mortalidad infantil hasta en el 55-84%; mientras que en la madre reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, (federación, 2018).

Estudios demuestran que cerca del 90-99% de las madres utilizan algún medicamento durante la primera semana posparto (López, Barbado, & Orta, 2012), lo cual puede repercutir en el abandono de la lactancia materna.

Ventajas de la lactancia materna

La lactancia materna exclusiva se define como la alimentación del lactante con leche humana como único alimento; adicional a esta sólo puede recibir vida suero oral, gotas o jarabes de suplementos médicos o medicamentos.

En la actualidad se reconoce que cualquier otra forma de alimentación en el lactante puede causar riesgos a la salud del binomio y por ende, las políticas de fomento a la lactancia materna y el compromiso del personal de salud para apoyar y fomentar la lactancia materna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Pediatría (AAP) consideran que la lactancia materna debe ser exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y mantenerse

por lo menos durante el primer año de vida, por lo cual se debe fomentar y motivar al estomatólogo a que se introduzca en la promoción de la lactancia.

Podemos agrupar a los beneficios de la lactancia materna en el niño, en nutricionales e inmunológicos; aunque también existen múltiples beneficios para la madre.

En relación a los factores nutrimentales, la leche materna tiene adecuadas proporciones de carbohidratos, grasas y proteínas necesarias para el correcto desarrollo del niño, se reconocen altos niveles de ácidos grasos esenciales (indispensables para el desarrollo de sistema nervioso central y retina) y colesterol, benéfico éste último para regular en la edad adulta los niveles de colesterolemia. También es hiposódica y posee una menor proporción de proteínas que las fórmulas comerciales. Aporta además una excelente cantidad de agua y minerales.

Desde el punto de vista inmunológico, la leche materna tiene enzimas: lisozima y lactoperoxidasa; lactoferrina, IgA, factor bífido y leucocitos que favorecen la respuesta inmune y evitan la reproducción bacteriana y la presentación de alergias.

Se ha descubierto que las madres que amamantan tienen menos posibilidades de presentar anemia, depresión post parto, osteoporosis, hipertensión, cáncer de mama y de ovario. Ayuda a la pérdida de peso y favorece el vínculo afectivo. (Henriquez, Palma, & Ahumada, 2010)

Entre los principales riesgos tras el abandono de la lactancia materna, podemos mencionar mayor predisposición a infecciones, pobre desarrollo neurológico, obesidad, cáncer, enfermedad celíaca, diabetes mellitus, enfermedad tiroidea autoin-

mune, artritis reumatoide juvenil, asma, Atopia, entre otras (Torre, 2010). Ver tabla 1 “Efectos protectores de la lactancia materna”.

La lactancia es primordial en la vida del neonato también desde el punto de vista odontológico, pues ayuda al crecimiento y desarrollo estomatognático, evita hábitos deformantes, favorece a posteriori una adecuada oclusión dental y evita caries temprana al postergar la ingesta de azúcares y evitar respiración oral; todo lo cual disminuye significativamente la aparición de enfermedad periodontal (Cáceres, Sermeño, & Roque, 2017).

Abandono de la lactancia materna

Podemos mencionar como causas del abandono de la lactancia el desconocimiento del proceso de amamantamiento y de los beneficios de la leche humana, los motivos laborales o personales de la madre y la ingesta de fármacos.

Y pese a lo que se considera en la práctica, la realidad es que son muy pocos medicamentos los que en verdad están contraindicados en el amamantamiento, además de los antineoplásicos y drogas de uso social, solo algunos cuantos son incompatibles con la lactancia, como lo son fenindiona, amiodarona, derivados del ergot y yoduros.

La depresión posparto, la mastitis, infecciones urinarias, dolor músculo-esquelético y problemas dentales se encuentran entre las principales causas de ingesta de medicamentos, (López et al., 2012).

Es de suma importancia que el odontólogo reconozca los beneficios de la lactancia materna y la farmacopea más conveniente para favorecer el apego al tratamiento y evitar así el riesgo de abandono de la práctica.

Toxicología en la lactancia

La mayor parte de los medicamentos se excretan en la leche materna, lo cual no es sinónimo de toxicidad en el infante, aunque pueden presentarse reacciones de hipersensibilidad aún a dosis mínimas. El paso del fármaco a la leche, dependerá de la frecuencia de ingesta, la capacidad de succión del niño, leche que se produce y algunas características físico-químicas del medicamento como lo son la dosis, vía, forma, tiempo de administración y las características de los componentes, como el peso molecular, liposolubilidad, unión a proteínas séricas maternas, volumen de distribución. También es importante conocer la edad del lactante, pues en prematuros, neonatos y menores de 2 meses existe mayor riesgo de absorción del fármaco a través de la leche materna, y se disminuye a partir de los 6 meses de edad (debido a la disminución en la ingesta y a la introducción de alimentación complementaria), (Hernandez-Rivera, 2015).

Existen medicamentos con elevado peso molecular que se alteran o inactivan en medio ácido y que se absorben mínimamente en tracto digestivo, como la epinefrina, cefalosporinas y algunas penicilinas. Antes de prescribir un fármaco, valorar la necesidad del mismo, Intentar manejo no farmacológico y utilizar de ser posible, los que posean indicación pediátrica o que sean tópicos o inhalables.

El riesgo en el niño dependerá de la cantidad de medicamentos a la que se expone y su posibilidad de toxicidad. Para minimizar éste riesgo, se recomienda elegir fármacos con vida media plasmática baja, con absorción oral baja y alto grado de unión a proteínas plasmáticas, así como utilizar la dosis mínima recomendada.

El riesgo de toxicidad es mínimo si los

medicamentos que ingiere la madre son fármacos de uso común en pediatría, puesto que el lactante los recibirá a dosis subterapéuticas si provienen de la leche materna.

La radiografía, tomografía axial computada y resonancias magnéticas son aceptables durante el período de lactancia, a pesar de que sea necesario el uso de contraste puesto que no es absorbible. Si se trata de un gammagrama (Talayero, 2017), si deberá suspender temporalmente la lactancia y extraer temporalmente la leche, además de suplirla durante éste período con alguna reserva previa.

Dosis significativas de nicotina suelen excretarse disminuir la producción de leche al inhibir la liberación de prolactina. Si la madre no puede evitar el hábito, se debe tratar de disminuirlo en lo posible, pues el beneficio de la lactancia es importante en la prevención de enfermedades en el infante.

La ingesta de 3 tazas (300 mg/día) de café por la madre, puede ocasionar irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño en el lactante.

El uso frecuente de alcohol puede ocasionar hiporreactividad y retraso psicomotriz en el lactante. Se deberá evitar ofrecer el pecho al lactante las 3 hrs posteriores al consumo del mismo.

Los anfetamínicos se absorben hasta 7 veces más leche que en sangre y son capaces de ocasionar en el niño irritabilidad y taquicardia; el cannabis se absorbe casi completamente y puede permanecer en los tejidos por muy largos períodos. La cocaína ocasiona vómito, hipertensión, diarrea e hiperexcitabilidad, (Rápida, 2012).

La Asociación Americana de Pediatría ha dividido 6 categorías de drogas contraindicadas durante la lactancia:

1. Citotóxicos, interfieren con el metabolismo celular del lactante: ciclosporina, doxirrubicina, ciclofosfamida...

2. Drogas de uso social, como las anfetaminas, cocaína, heroína.

3. Compuestos Radiactivos. Al utilizarse debe suspenderse temporalmente la lactancia.

4. Fármacos con efecto desconocido pero desconcertante en el lactante, como psicotrópicos, amiodarona, lamotrigina, metoclopramida (por su potencial bloqueo dopaminérgico), fluoxetina, metronidazol. Se debe suspender la lactancia durante su ingesta y hasta 24 hrs después de su uso.

5. Medicamentos con efectos significativos en el lactante: se debe dar con cautela: aspirina, bromocriptina, acebutolol, litio, ergotamina, fenobarbital, primidona, sulfazalazina.

6. Medicamentos compatibles con la lactancia, carbamazepina, fenitoína, sulfato de magnesio, codeína, morfina, meperidina, entre muchos otros, (Segura, Castro, & Vargas, 2013).

En la tabla 2 se muestra una lista de medicamentos de uso común y su uso durante la lactancia, (Amir, Pirotta, & Majari, 2011; Díaz, Galan, Posada, & González, 2004).

y después de alimentar al niño; evitar la lactancia temporalmente, y como último recurso, suspenderla si el medicamento resultase muy riesgoso pero necesario para la madre, (López et al., 2012).

Los efectos adversos en el lactante también dependerán de su capacidad de metabolismo y eliminación relacionados a su madurez, pues en lactantes prematuros aumenta la posibilidad de absorción de fármacos, ya que “en prematuros y en período neonatal inmediato la permeabilidad intestinal está aumentada”, (Gómez, Palomares, Sholbi, & Talavero, 2014).

Finalmente, después de haber considerado las características del medicamento y del lactante, podemos resumir que existe una amplia lista de fármacos permitidos para su uso en el área odontológica durante la lactancia materna, con la intención de preservar el ejercicio de la misma durante los primeros 2 años de edad. El paracetamol y la mayoría de los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) se consideran seguros en ésta etapa, aunque se prefiere el uso de ibuprofeno y diclofenaco sobre indometacina, naproxeno y ácido acetil salicílico; la codeína puede emplearse a dosis terapéuticas, sin exceder más de 4 días y siempre teniendo en vigilancia al lactante, (Hernandez-Rivera, 2015). La mayoría de las penicilinas y cefalosporinas son adecuadas, de ellas la que más frecuentemente se emplea es la amoxicilina con ácido clavulánico; la tetraciclina puede emplearse por períodos cortos de tiempo, aunque suele evitarse por el riesgo de pigmentación dental en el lactante; el metronidazol modifica el sabor de la leche materna, por lo que se prefiere evitar su prescripción. La clindamicina también está contraindicada. Los anestésicos locales de uso odontológico son permitidos por su baja concentración sérica; lidocaína, ropivacaína y bupivacaína se absorben mal por vía

oral y no se transfiere a la leche, (Reece-Stremtan, Campos, & Kokajko, 2017).

Conclusión

La lactancia materna provee de múltiples beneficios a la madre y al neonato, por lo cual resulta indispensable fomentar la práctica de la misma por lo menos durante el primer año de vida del niño. La desinformación de parte de las madres y del propio personal de salud ha ocasionado que se abandone la alimentación al seno materno en etapas tempranas, evitando así la adquisición de factores de protección en el binomio, principalmente contra enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas. En la práctica diaria, el odontólogo se enfrenta a la disyuntiva que acompaña a la prescripción del uso de fármacos en la madre que amamanta, pese a que una gran cantidad de medicamentos son inocuos durante éste período, debido a sus características y mínimas posibilidades de absorción y toxicidad, tanto para la madre como para el lactante.

Tabla 1. “Efectos protectores de la lactancia materna”

Condición	% reducción de riesgo	Tipo de lactancia		Razón de momios	Intervalo de confianza
Otitis media	23	Cualquier tipo		0.77	0.64-0.91
Otitis media	50	≥ 3 o 6 meses	exclusiva	0.50	0.36-0.70
Infecciones respiratorias del tracto superior	63	> 6 meses	exclusiva	0.30	.018-0.74
Infecciones respiratorias del tracto inferior	72	> 4 meses	Exclusiva	0.28	0.14-0.54
Asma	40	> 3 meses	Historia familiar	0.60	0.43-0.82
Enterocolitis necrosante	77	Durante la estancia en UCI	Prematuros alimentados con leche materna	0.23	0.50-0.94
Gastroenteritis	64	Cualquier tipo		0.36	0.32-0.40
Obesidad	24	Cualquier tipo	-----	0.76	0.67-0.86
Diabetes tipo 1	30	> 3 meses	exclusiva	0.71	0.54-0.93
Diabetes tipo 2	40	Cualquiera	-----	0.61	0.44-0.85
Todo tipo de leucemia	20	> 6 meses	exclusiva	0.80	0.71-0.91
Leucemia aguda mielógena	15	> 6 meses	-----	0.85	0.73-0.98
Muerte súbita	36	Cualquiera	-----	0.64	0.57-0.81

Tabla 2. “Medicamentos de uso común y su uso durante la lactancia”

Medicamentos	Recomendaciones en la lactancia
Paracetamol	Primera elección a dosis estándar
Ibuprofeno	compatible
Diclofenaco	compatible
Codeína	Compatible a dosis menor a 240 mg/día para evitar sedación y apnea en el lactante
Tramadol	compatible
Antihistamínicos H1/ Corticosteroides	compatible
diazepam, clonazepam, alprazolam	Puede acumularse en el lactante durante el uso crónico.
Penicilinas y Cefalosporinas Macrólidos	Compatible con lactancia. Se excreta en la leche en cantidades muy pequeñas. Puede haber sensibilización alérgica, aunque es poco probable.
Macrólidos	Son seguros los de vida media corta; eritromicina es el principio activo de elección, alternativas son la claritromicina y roxitromicina.
Quinolonas	Se desaconsejan debido al riesgo teórico de alteración en cartílago de crecimiento, salvo cuando sea estrictamente necesario por no existir otro tratamiento más seguro
Tetraciclinas	Se desaconsejan por el riesgo de coloración del esmalte dental y alteración del crecimiento óseo. Este riesgo disminuye en el caso de la tetraciclina por su baja absorción en presencia de calcio y en tratamientos inferiores a 1 semana. Están contraindicados la doxiciclina y minociclina.

Referencias bibliográficas

Amir, L. H., Pirotta, M. V., & Majari, M. (2011). Breastfeeding Evidence based guidelines for the use of medicines. *Australian Family Physician* VOL. 40.

Cáceres, J. A. R. d., Sermeño, R. E. F. d., & Roque, Y. G. A. d. (2017). Factores de riesgo en el apareamiento de enfermedades bucales y su relación con la lactancia materna en mujeres de la comunidad San Isidro Los Planes. *CREA CIENCIA*, Vol. 11 doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.5377/creaciencia.v11i1-2.6121>

Díaz, C. D., Galan, I. R., Posada, R. R., & González, Z. P. (2004). Lactancia materna para profesionales. *Consejería de Salud y Servicios Sanitarios*.

Federación, D. o. d. l. (2018). Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-050-SSA2-2018, Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.

Gómez, N. D., Palomares, M. S., Sholbi, L. E., & Talavero, J. M. P. (2014). Medicamentos y lactancia materna. *An Pediatr Contin.*, 12(5):239-43.

Henriquez, M. A., Palma, C., & Ahumada, D. (2010). Lactancia materna y salud oral. Revisión de la literatura. *ODONTOL PEDIÁTR*.

Hernandez-Rivera, P. (2015). Manejo Odontológico de la paciente en periodo de lactancia. *Revista médica de la Universidad de Costa Rica*.

López, G. J., Barbado, D. C., & Orta, I. A. (2012). Utilización de medicamentos en el embarazo y la lactancia. *Boletín de información terapéutica para la Atención Primaria de Salud (APS) Cuba*. Retrieved from www.cdfc.sld.cu/boletines-atencion-primaria-de-salud.

Martínez, T. G. d. C., & Cordero, S. H. (2016). Lactancia materna en México. *Academia Nacional de medicina*.

Rápida, G. d. R. (2012). Lactancia Materna: Madre con enfermedad tratada con medicamentos.

Reece-Stremtan, S., Campos, M., & Kokajko, L. (2017). Protocolo clínico de la ABM n.º 15: Analgesia y anestesia en la madre lactante, modificado en 2017. *BREASTFEEDING MEDICINE*, Volumen 12. doi:DOI: 10.1089/bfm.2017.29054.srt

Segura, C. J., Castro, E. L., & Vargas, S. P. (2013). *Farmacoterapia del embarazo y lactancia*.

Talayero, J. M. P. (2017). Compatibilidad de los medicamentos, plantas y tóxicos con la lactancia. *Lactancia, Medicamentos, Plantas y tóxicos*. Retrieved from www.e-lactancia.org.

Torre, M. J. L. D. l. (2010). Lactancia materna. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP*.