

## Drogas y lactancia. Un conflicto frecuente

### *Breastfeeding and drugs. A common conflict*

Por necesidad de hacer un estudio, por enfermedad psiquiátrica o infecciosa, es habitual que se enfrente a las madres que amamantan con la disyuntiva de hacer el estudio o el tratamiento, o no hacerlos y mantener la lactancia. Este conflicto no es infrecuente. Hay circunstancias en que coinciden los dos escenarios: la mujer con cierta patología que requiere estudio o tratamiento y el momento de su vida en que desea amamantar a su hijo.

Algunas cifras nos pueden ubicar en la magnitud de este problema. El 10% de los embarazos transcurren con trastornos hipertensivos. La prevalencia de mujeres gestantes con enfermedad de Chagas atendidas en hospitales públicos en nuestro país oscila entre 3 y 17%. Los cuadros de depresión y/o ansiedad afectan hasta al 30% de las embarazadas. La infección, el íleo y la hemorragia puerperal requieren estudios para el diagnóstico y correcto tratamiento.

Todas estas situaciones enfrentan a la mujer, su familia y los profesionales con el temor al daño posible para el lactante que pueden producir las drogas utilizadas en estudios por imágenes o indicadas como tratamiento. A largo plazo no deberíamos olvidar el riesgo a que puede estar expuesto el niño por la carencia de la lactancia materna. Sin mucha información, algunos profesionales optan por suspender transitoriamente el tratamiento o la lactancia, imponiendo a una madre que ya tiene sus dificultades, una mayor carga de preocupación.

Existe una excelente herramienta web, [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org), mantenida por un grupo de pediatras de España, APILAM, Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna, para consultar la compatibilidad de más de 1600 productos con la lactancia.

La consulta permite el acceso a la evidencia existente sobre pasaje del medicamento a la leche materna y eventos adversos en el lactante, para determinar el nivel de riesgo.

Cuando el riesgo no existe se dice que la medicación tiene Nivel 0. Cuando la evidencia señala un nivel bajo (Nivel 1), alto (Nivel 2) o muy alto (Nivel 3) se ofrecen otras opciones de tratamiento si las hay, con menor riesgo para el lactante.

Es conveniente recordar que la evaluación del riesgo depende del efecto adverso referido por la literatura científica, versus el riesgo potencial de suspender la lactancia en poblaciones vulnerables. El buen juicio profesional, que tiene en cuenta todas las variables en juego, permite elegir la opción más adecuada en cada caso.

Si analizamos algunas situaciones particulares, vemos que las drogas utilizadas como medio de contraste en estudios por imágenes (ioversol en estudios de arteriografía, tomografía computada, urografía excretora, angiografía, angiocardiografía, y gadoterato de meglumina para estudios de resonancia magnética nuclear) son compatibles con la lactancia. Ambas drogas tienen Nivel 0 de riesgo "por ser inertes, eliminarse rápidamente sin apenas metabolización ni liberación de yodo, no excretarse por la leche y ser prácticamente inabsorbibles por vía oral".<sup>1</sup>

Esta información tiene que estar disponible en la historia clínica de la mujer. Puede imprimirse y compartirla con la familia, los profesionales que la atienden y los servicios involucrados. La uniformidad del discurso evita la suspensión innecesaria de la lactancia, lleva tranquilidad a la familia, disminuye el estrés provocado por la enfermedad y la inconveniencia de tener que modificar la alimentación del niño. La sugerencia de imprimir la información y difundirla se basa en que en el proceso de atención médica intervienen muchos actores y los más alejados de la información científica suelen ser los que mayor contacto tienen con el paciente (personal de secretaría y de admisión). Capacitar a todos los involucrados en el proceso es una acción de salud con gran impacto en los resultados finales.

Hace pocas semanas se publicó en *Archives of Diseases in Childhood* un interesante artículo sobre la administración de benznidazol a mujeres con enfermedad de Chagas durante el periodo de lactancia.<sup>2</sup> Ese estudio enfoca dos temas a resaltar. El primero es el de las enfermedades huérfanas, es decir aquellas que no son adoptadas por la industria farmacéutica por no representar un incentivo económico para la fabricación y venta de medicamentos, sea por su baja frecuencia o porque afectan poblaciones de escasos recursos para comprar tales medicamentos.

En este caso los investigadores no aclaran

quién proveyó el medicamento para estas madres pero es muy loable que alguien investigue sobre cómo aprovechar las oportunidades en que la población más vulnerable se acerca al sistema de salud.

Con respecto al tratamiento de enfermedades infecciosas, en poblaciones vulnerables como puede ser la afectada por enfermedad de Chagas, la lactancia materna es la estrategia más eficiente para disminuir la morbimortalidad infantil.<sup>3</sup> En este caso, no es necesario elegir entre la salud de la madre o la del niño. El benznidazol era considerado hasta hace poco tiempo un medicamento de Nivel 1 (riesgo leve o poco probable). En enero de 2014 se modificó a Nivel 0 de riesgo, luego de la publicación de estudios similares al que comentamos.

Con respecto a la medicación psiquiátrica, es necesario encontrar un equilibrio entre la dosis que permita estar bien a la madre, y el nivel de conciencia del lactante.

La mayoría de las drogas antidepresivas son compatibles con la lactancia. No solo es conveniente mantener la lactancia materna por los beneficios que significan para el lactante sino que es especialmente importante por lo que puede aportar a la madre. Si logra amamantar, esto refuerza su autoestima, contribuye a su equilibrio emocional y favorece el vínculo con su hijo. Debemos recordar que la depresión es uno de los factores de riesgo para la lactancia materna.<sup>4</sup> Dado que las primeras semanas del puerperio son fundamentales para su promoción y protección es deseable que el personal más capacitado en asesoramiento ayude a estas madres a lograr su mejor lactancia posible. Con un seguimiento cuidadoso se puede encontrar la dosis de medicación antidepresiva necesaria para la madre, sin afectar el nivel de conciencia del niño.

En síntesis, muy pocas drogas contraindican la lactancia en forma absoluta. Las drogas que se deben tomar por largo tiempo pueden regularse para lograr el bienestar de la mamá y del niño. Es

cuestión de buscar la información, compartirla con la familia y con los profesionales tratantes para unificar los conceptos en bien de todos.

Una última reflexión sobre las madres que deben recibir tratamiento con drogas que contraindican la lactancia en forma transitoria o permanente. Estas son las drogas citotóxicas para el tratamiento oncológico, las drogas radioactivas y las sustancias de abuso.

Desde ya que hay una extensa gama de situaciones entre la madre con tratamiento oncológico y aquella que consume una sustancia tóxica, incluida la nicotina. Como sabemos que la medicina es arte y ciencia, la sabia combinación de ambos permite encontrar la mejor opción para cada familia, siempre sobre la base de lo posible, con los elementos que tenemos en nuestras manos. Así como se deben poner los mejores esfuerzos en evitar decisiones equivocadas, también merece el mismo empeño, aceptar las situaciones que no podemos cambiar. ■

Norma Rossato  
Editora Asociada

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.4>

1. Ioversol. Riesgo para la lactancia. [Consulta: 28 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://e-lactancia.org/buscar?q=Ioversol>.
2. García-Bournissen F, Moroni S, Marson ME, Moscatelli G, et al. Limited infant exposure to benznidazole through breast milk during maternal treatment for Chagas disease. *Arch Dis Child* 2014 Sep 10. pii: archdischild-2014-306358. [Epub ahead of print]
3. Lutter C. ¡El inicio temprano de la lactancia materna: la clave para supervivencia y desarrollo! Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010. [Consulta: 29 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdLactanciaM/cd/informacion+Reciente/Eight%20Pager%20Spanish%20FINAL%5B1%5D.pdf>
4. Adedinsewo DA, Fleming AS, Steiner M, Meaney MJ, et al. Maternal anxiety and breastfeeding: findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study. *J Hum Lact* 2014;30(1):102-9.