

Recomendaciones sobre medicamentos y lactancia

(An Esp Pediatr 2001; 55: 581)

Sr. Editor:

El consumo de medicamentos durante la lactancia materna es una de las consultas frecuentes que tenemos en el servicio de lactancia y es motivo de llamadas telefónicas al pediatra del servicio de urgencias de nuestro hospital con cierta insistencia. En muchas ocasiones, el uso de medicamentos por la madre hace que abandone la lactancia por miedo a hacer daño a su hijo y por desconocimiento, ya que, por lo general, es posible encontrar medicamentos con efecto similar al deseado en la madre que no afecten al niño.

En las "Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano" publicados por el Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología¹, nos informan de que aunque muchos medicamentos pasan a la leche materna, las dosis que hay son mínimas y no representan peligro para la salud del bebé.

Al igual que esta información, el resto de recomendaciones del comité son una buena actualización de las tendencias para el cuidado del recién nacido que nos orientan a una mejor asistencia del bebé y la madre.

No obstante, se hace referencia a la contraindicación de la lactancia materna en mujeres tratadas con propiltiouracilo, hidralazina y dicumarínicos.

Siguiendo la línea del artículo, e intentando que todos los pediatras unifiquemos la información que se da a las madres, nos gustaría añadir algunas observaciones sobre medicamentos y lactancia materna. Tanto las recomendaciones de la American Academy of Pediatrics², como en libros de consulta de lactancia materna³, en libros específicos de medicamentos y lactancia⁴ y en revistas médicas⁵, la lactancia por madres tratadas con cualquiera de estos tres fármacos no entraña peligros para el bebé y no debería estar contraindicada.

Es frecuente que se consulte sobre algún medicamento durante la lactancia y si las fuentes de las que nos informamos no son las adecuadas puede realizarse una indicación errónea de supresión de la lactancia.

En ocasiones, la lectura por los padres del prospecto del medicamento registrado en el vademécum español puede generar problemas en la continuidad de la lactancia, ya que las indicaciones respecto al uso de fármacos y lactancia no son las más adecuadas, ni poseen la actualización necesaria⁶.

A falta de un consenso o unas recomendaciones españolas sobre medicamentos y lactancia, los pediatras, ante una consulta sobre medicación materna en ese período, debemos consultar fuentes adecuadas como las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre medicamentos y lactancia y/o fuentes actualizadas sobre el tema como las citadas anteriormente²⁻⁵.

La actualización en aspectos de uso diario es importante y la existencia de recomendaciones generales de los comités de estándares es imprescindible.

Con el incremento de la prevalencia de lactancia materna, la estandarización del uso de medicamentos y lactancia es una necesidad.

O. Urraca^a, A. Navarro^a, M. Arellano^a y L. Ruiz^{a,b}

^aServicio de Urgencias. ^bServicio de Lactancia Materna. Hospital de Nens. Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. An Esp Pediatr 2001; 55: 141-145.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Drugs: The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 1994; 93: 137-150.
3. Lawrence R. Fármacos en la leche materna y su efecto sobre el lactante. En: Lawrence R, ed. Lactancia materna. Madrid: Mosby, 1996.
4. Hale T. Medications and mothers' milk, 9ª ed. Amarillo: Farmasoftware Publishing. 2000; 557 y 333.
5. Ito S. Drug therapy for breast-feeding women. N Engl J Med 2000; 343: 118-126.
6. González Rodríguez CJ, Guerrero Désirré J. Fármacos y lactancia materna. Información inadecuada en el Vademécum. Aten Primaria 1998; 22: 536-537.

Réplica

(An Esp Pediatr 2001; 55: 581-582)

Sr. Editor:

Agradecemos sus comentarios a las "Recomendaciones de mínimos para la asistencia del recién nacido sano"¹, ya que nos han permitido profundizar en los temas considerados y comentar con mayor amplitud lo que se resume en un par de líneas.

Ninguna Recomendación es vinculante, y los miembros del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología consideramos que es "responsabilidad" de cada uno de los pediatras su propia y continua formación, así como sus pautas de comportamiento asistencial². Estas responsabilidades no son transferibles a unas Recomendaciones cuyo contenido cambiará con toda seguridad en el tiempo. Cualquier recomendación o guía clínica además de *fortalezas* conlleva *debilidades* (inconvenientes reales y percibidos), aspectos que dependen de los objetivos que se quieren conseguir, de la metodología utilizada en la elaboración de los documentos y de las demostraciones disponibles para el aspecto tratado. Entre las barreras identificadas para la aceptación de recomendaciones de comités científicos o para la adopción de guías clínicas destacan el desacuerdo entre expertos acerca de la calidad necesaria de las demostraciones y la percepción de obligatoriedad o restricción impuesta por los documentos³. Creemos excesivo y no acorde a la realidad poner en éste o en cualquier comité la responsabilidad de las pautas de comportamiento asistencial que se realizan en cualquier momento. Los documentos elaborados por el comité de estándares intentan aportar al pediatra comprometido en el cuidado del recién nacido, unas recomendaciones dirigidas a ayudar en las decisiones clínicas, fundamentadas en las mejores demostraciones externas disponibles y, sobre todo, seguras, es decir, que no comporten riesgos para los recién nacidos.

El aspecto más controvertido y *a priori* difícil de establecer en las recomendaciones elaboradas por este comité fue el que abordó los medicamentos maternos que contraindican la lactancia materna. En este campo las demostraciones disponibles no ofrecen la solidez y confianza que todos deseáramos antes de establecer una recomendación formal. Sin embargo, reconocemos que seguramente no es afortunada la redacción de la sentencia que parece expresar que existen contraindicaciones estrictas para la alimentación con lactancia materna en caso de tratamiento con propiltiouracilo, dicumarínicos o hidralacina.

Aunque no existe ninguna contraindicación estricta a la lactancia materna en caso de estos tratamientos maternos, deseamos llevar a cabo hacer ciertas matizaciones que permitan poner en balance la cautela de este comité.

En relación con el propiltiouracilo (PTU) y la lactancia materna, cuando se revisa la bibliografía para seleccionar los fármacos "muy peligrosos" para la madre que lactaba por los efectos nocivos sobre su hijo, el PTU era considerado de la categoría D, lo que significa que debía administrarse con precaución y evaluando su relación riesgo-beneficio⁴. El beneficio obtenido serían todas las ventajas propias de la lactancia materna y el riesgo a asumir según lo previamente publicado era la posibilidad de hipotiroidismo⁴ y de alteración del cerebelo en desarrollo, según estudios en ratas recién nacidas tratadas con PTU^{5,6}. A pesar de que la relación de concentraciones leche/suero para el PTU es sólo 0,1, la duda principal se refería al riesgo potencial en mujeres lactantes que recibieran dosis altas de PTU (superiores a 300 mg/día y que pueden alcanzar 750 mg/día) por presentar una recaída de la enfermedad de Graves, situación frecuente en el puerperio. Este dato no se conocía y por ello se prefirió desaconsejar el PTU durante la lactancia. No obstante, Momotani et al⁷ muy recientemente han estudiado 11 lactantes cuyas madres recibían dosis muy altas de PTU, encontrando solamente muy discretas alteraciones de la función tiroidea de los niños. A la luz de este trabajo, se considera que el PTU puede ser administrado a la mujer que lacta, si bien es conveniente una evaluación periódica de la función tiroidea del lactante⁸, en particular si la madre recibe dosis elevadas del fármaco.

Los dicumarínicos administrados a la madre que lacta pueden aumentar el riesgo hemorrágico propio del neonato⁸, en especial si por cualquier motivo no ha recibido vitamina K₁ intramuscular en la sala de partos. Las propias firmas que comercializan dicumarínicos recomiendan administrar vitamina K₁ a la semana de vida del neonato, por precaución, para prevenir posibles hemorragias neonatales. Utilizando esta medida, se considera que los dicumarínicos podrían ser utilizados en la mujer que lacta.

La problemática del momento del cribado endocrinometabólico (CEM) va íntimamente ligada con el momento del alta de la maternidad. Se considera que el alta de la maternidad debería tener lugar pasadas las 72 h de vida, una vez efectuada la extracción sanguínea para el CEM¹. Esto es lo más seguro para el recién nacido, ya que esta estancia permite descartar la existencia de infecciones perinatales, de malformaciones (sobre todo cardíacas) y de algunas metabopatías graves y de inicio precoz. También permite constatar que la lactancia materna se desarrolla con normalidad y que no se presenta una ictericia probablemente patológica. Las altas entre 48 y 72 h, actualmente frecuentes y que probablemente irán a más por motivos no médicos, comportan un mayor riesgo para el recién nacido que el alta a las 72 h, pero en ellas el CEM podría llevarse a cabo justo

antes del alta, siempre que el laboratorio de referencia tenga en cuenta este hecho para ajustar las cifras de corte para la fenilalaninemia. Toda alta de la maternidad previa a las 48 h se considera alta precoz y, en este caso, debería ser norma la revisión de todos los neonatos en el propio hospital al cabo de 2-3 días⁹, con el fin de detectar sobre todo la malnutrición por hipogalactia y la ictericia patológica. En esta visita (a los 4-5 días de vida) debería practicarse la extracción sanguínea para el CEM. Obviamente, si por circunstancias familiares o sociales es posible que el recién nacido no acuda a control, siempre es preferible realizar la extracción antes de las 48 h que no hacerlo nunca.

Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología

J. Figueras Aloy, A. García-Alix, A. Alomar Ribes, D. Blanco Bravo, M.ªT. Esqué Ruiz y J.R. Fernández Lorenzo

Correspondencia: Dr. J. Figueras Aloy.
Sociedad Española de Neonatología.
Correo electrónico: figueras@medicina.ub.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones de mínimos para la asistencia del recién nacido sano. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 141-145.
2. Hurwitz B. Clinical guidelines and the law; advice, guidance or regulation? *J Eval Clin Pract* 1995; 1: 49-60.
3. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *Br Med J* 1999; 318: 527-530.
4. <http://www.perinatology.com/exposures/druglist.htm>.
5. Sajdel-Sulkowska EM, Koibuchi N. Altered CD15 glycolipid expression in the developing rat cerebellum following treatment with antithyroid drug. *Endocr J* 2000; 47: 353-358.
6. Mwangi DK. Effect of propylthiouracil induced hypothyroidism in developing rat cerebellum: comparison of cerebellar parameters in five day old normal and treated rat pups. *East Afr Med J* 1998; 75: 602-608.
7. Momotani N, Yamashita R, Makino f, Noh JY, Ishikawa N, Ito K. Thyroid function in wholly breast-feeding infants whose mothers take high doses of propylthiouracil. *Clin Endocrinol* 2000; 53: 177-181.
8. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SS. *Drugs in pregnancy and lactation*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994; 737-740.
9. Maisels MJ, Newman TB. Jaundice in full-term and near term babies who leave the hospital within 36 hours. *Clin Perinatol* 1998; 25: 295-302.

Apnea central, infarto bulbar y meningitis neumocócica

(*An Esp Pediatr* 2001; 55: 582-584)

Sr. Editor:

La isquemia cerebral relacionada con trombosis o vasospasmo es una complicación conocida en las meningitis bacterianas^{1,2}. La lesión más frecuente se produce sobre corteza cerebral o pares craneales aislados^{2,3}, siendo poco frecuente la localización cerebelosa y bulbar³⁻⁵.