

Uso de antibióticos en la mujer durante el embarazo y la lactancia

J. Delotte, V. Isnard, A. Bongain

Los antibióticos administrados durante el embarazo y la lactancia interactúan con la madre y su hijo. Los temores de los médicos a la hora de prescribir antibióticos se relacionan con el desconocimiento de las modificaciones de la farmacocinética provocadas por la gestación, así como por la difusión en los medios de comunicación de algunos casos infrecuentes de teratogenicidad de origen farmacológico. Sin embargo, se ha demostrado que el uso de numerosas clases de antibióticos es totalmente inocuo. En este artículo se presentarán los principios generales de uso de los antibióticos en la mujer durante el embarazo y la lactancia.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Antibióticos; Embarazo; Lactancia; Efectos secundarios; Teratógenos

Plan

■ Introducción	1
■ Modificaciones fisiológicas de la gestación	1
■ Diferentes clases de antibióticos y consecuencias fetales durante el embarazo	2
Aminoglucósidos	2
Antituberculosos	2
Betalactámicos	2
Fluoroquinolonas	2
Macrólidos	2
■ Antibioticoterapia durante el embarazo y grandes síndromes	3
Infecciones urinarias	3
Listeriosis	3
Sífilis	3
Toxoplasmosis	4
Endometritis	4
■ Antibióticos y lactancia	4
■ Diferentes clases de antibióticos y consecuencias en el lactante	4
Aminoglucósidos	4
Antituberculosos	4
Betalactámicos	4
Fluoroquinolonas	4
Macrólidos	4
Metronidazol	4
Nitrofuranos	4
Sulfamidas	4
Tetraciclinas	5
■ Conclusión	5

■ Introducción

El uso de antibióticos en la mujer embarazada obliga a tener en cuenta a dos pacientes: la madre y el feto. La experiencia del empleo de los antibióticos ha permitido demostrar el carácter excepcional de la teratogenicidad de estos fármacos. Numerosas clases de antibióticos han demostrado una inocuidad total en su

empleo. El conocimiento de varias contraindicaciones medicamentosas relacionadas con la gestación y la lactancia debe permitir que cualquier médico prescriba sin dificultad un tratamiento antibiótico para la inmensa mayoría de las infecciones que pueden producirse durante el embarazo.

■ Modificaciones fisiológicas de la gestación

“ Punto importante

Todas las etapas de la farmacodinámica de los antibióticos pueden verse influenciadas por la gestación.

El aumento progresivo de la masa sanguínea plasmática (un 40-50%) provoca una disminución de la concentración de las proteínas plasmáticas [1]. El incremento del gasto cardíaco y de la filtración glomerular origina un aumento del aclaramiento de los antibióticos excretados por vía renal. La impregnación de progesterona causa un incremento del metabolismo hepático, una disminución de la motilidad intestinal y un retraso del vaciamiento gástrico, por lo que la absorción de los antibióticos administrados por vía oral suele realizarse de forma imprevisible. El aumento de peso, sobre todo por la creación de un compartimento fetoplacentario, también modifica los parámetros responsables de la semivida o de la concentración sanguínea de los antibióticos [2].

El paso transplacentario de los antibióticos, que varía en función de la fase del embarazo, desvía un porcentaje significativo del antibiótico desde el compartimento materno hacia el compartimento fetal (Cuadro I). Este paso de los antibióticos al compartimento fetal se realiza sin gasto energético. La placenta se comporta como una membrana semipermeable que deja pasar las moléculas de pesos moleculares bastantes bajos, según

Cuadro I.

Permeabilidad placentaria a los antibióticos.

Permeabilidad placentaria a los antibióticos		
100%	25-75%	<25%
Espiramicina	Betalactámicos	Eritromicina
Doxiciclina	Aminoglucósidos	Polimixina
	Colistina	Bacitracina
	Tetraciclina	

una ley de difusión en la que intervienen: la superficie placentaria, el grosor de la placenta, la concentración a ambos lados de las membranas, así como las características fisicoquímicas del fármaco. De este modo, la mayoría de los antibióticos atraviesa con facilidad la barrera placentaria. Los macrólidos constituyen la excepción a esta regla, y la eritromicina, la azitromicina y la roxitromicina presentan una transferencia placentaria al final de la gestación que se estima entre el 2,6 y el 4% [3]. No obstante, estos conceptos siguen siendo muy teóricos, porque sólo existen pocos datos que evalúen las concentraciones séricas y tisulares de los distintos antibióticos durante la gestación. La farmacocinética de los antibióticos, estudiada durante la cordocentesis o durante el trabajo del parto, puede modificarse por una enfermedad fetal subyacente, por las contracciones uterinas o por el envejecimiento placentario [4]. Con independencia de la causa, parece que las concentraciones séricas de los antibióticos son inferiores a las obtenidas fuera de la gestación, de lo que se deduce que las dosis deberían aumentarse, lo que no suele suceder, por la preocupación que existe respecto a la madre y a su feto. Sólo en el caso de la tobramicina debería disminuirse la dosis, porque su aclaramiento disminuye durante la gestación, de modo que se concentra en el compartimento fetal, sin que se haya descrito una repercusión tóxica [5]. No obstante, debe observarse que las concentraciones séricas obtenidas son superiores, en la mayoría de los casos, a las concentraciones mínimas inhibitorias y pocas publicaciones notifican fracasos debidos a una dosis insuficiente de los antibióticos.

“ Punto importante

La posología en las mujeres embarazadas debe ser al menos igual a la que se emplea fuera de la gestación.

■ Diferentes clases de antibióticos y consecuencias fetales durante el embarazo

“ Punto esencial

Recomendación: el conocimiento de varias contraindicaciones para el uso de antibióticos durante la gestación o la lactancia permite un uso adecuado de la antibioticoterapia. No tratar una infección que lo necesite hace que se corran numerosos riesgos: infección materno-fetal, parto prematuro, etcétera.

Los estudios de los centros de farmacovigilancia no han descrito casos de malformaciones neonatales por la toma de antibióticos al principio de la gestación. Aunque estos resultados contrastan con los estudios efectuados en animales, no parece

que la administración de antibióticos, con independencia de cuáles sean, pueda justificar una interrupción voluntaria del embarazo.

Además, es difícil confirmar la teratogenicidad de un fármaco, pues los factores que interfieren son numerosos, por lo que es imposible demostrar una relación causa-efecto (variaciones individuales, efecto dependiente de la dosis, momento de la administración, efecto posible de una enfermedad intercurrente, frecuencia de polimedificaciones, etc.).

El único fármaco antiinfeccioso que cuenta con una teratogenicidad tristemente célebre es la talidomida. Aún se utiliza en algunas partes del mundo en el tratamiento de la lepra [5]. Las embriopatías provocadas por la toma de este antibiótico (sobre todo la focomielia) se difundieron en gran medida por los medios de comunicación, y constituyen sin duda la causa de la inquietud que algunos médicos experimentan ante cualquier prescripción farmacológica en las mujeres embarazadas.

Aminoglucósidos

Estos fármacos atraviesan la placenta con rapidez, hacia la circulación fetal y el líquido amniótico.

La gestación no constituye una contraindicación absoluta para los aminoglucósidos, pero los riesgos potenciales de ototoxicidad y de nefrotoxicidad deben hacer que no se prescriban como primera elección. Esto se ha demostrado para la estreptomina y la kanamicina, que están contraindicadas durante el embarazo. Por tanto, si es necesario se utiliza la gentamicina o la amikacina.

Antituberculosos

Los cuatro antituberculosos más utilizados son la isoniazida, la rifampicina, el etambutol y la pirazinamida. La rifampicina es teratogena a altas dosis en animales, pero nunca se han descrito casos en el ser humano, a pesar de que existe una experiencia considerable. La isoniazida, la rifampicina y el etambutol, con los que existe una gran experiencia clínica en la actualidad, constituyen los antituberculosos de elección en las mujeres embarazadas. Debe observarse que en las grandes series, el desarrollo de la gestación no se afecta por la existencia de una tuberculosis pleuropulmonar tratada.

Betalactámicos

Las penicilinas son los antibióticos más prescritos. Atraviesan la placenta y originan unas concentraciones elevadas en el cordón umbilical y el líquido amniótico. Aunque disminuyen la nefrogénesis en ratas, sin que exista una repercusión sobre el tamaño final del riñón, los betalactámicos han demostrado su inocuidad en el ser humano [6]. También se considera que las cefalosporinas (primera, segunda y tercera generaciones) carecen de riesgo.

Fluoroquinolonas

Los estudios en animales han demostrado que las quinolonas se depositan en los cartílagos y provocan lesiones degenerativas que causan artropatías irreversibles. Existen muy pocos datos sobre la exposición a las fluoroquinolonas durante la gestación en el ser humano. Aunque unos pocos estudios o exposiciones accidentales no han descrito que tengan efecto teratogénico hasta el momento, siguen reservándose para los casos excepcionales de infecciones graves donde no se cuente con otras alternativas.

Macrólidos

No presentan una toxicidad grave, pero algunos productos relacionados, como la lincomicina, pueden encontrarse en concentraciones elevadas en el hígado.

Eritromicina

La eritromicina carece de efectos secundarios en el feto, pero su tolerancia es variable. Provoca manifestaciones digestivas (náuseas, gastralgias, diarreas) y puede causar fenómenos de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465606>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465606>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)