

La lactancia materna: técnica, contraindicaciones e interacciones con medicamentos



A. Viñas Vidal

Pediatra del Centro de Asistencia Primaria Florida Sur. Hospitalet del Llobregat, Barcelona

Resumen Tanto el pediatra como la enfermería pediátrica tienen un papel fundamental en la promoción de la lactancia materna. Deben conocer la técnica correctamente para poder aconsejar de forma idónea a las madres lactantes. Sólo de esta manera, podrán corregir los posibles errores que pueden condicionar un abandono precoz de la lactancia. También, deben conocer las contraindicaciones y las interacciones de la lactancia materna con los medicamentos. Se expone un listado detallado de fármacos, clasificados por grupos terapéuticos, y su compatibilidad según cada uno de ellos. Los fármacos se han distribuido en cuatro categorías según el grado de compatibilidad con la lactancia materna: compatible sin riesgo (A), compatible con precaución/contraindicación relativa (B), contraindicación absoluta (C), sin datos disponibles (D).

Palabras clave Lactancia materna; Técnica; Contraindicaciones; Interacción con medicamentos.

Abstract

MATERNAL BREAST-FEEDING: TECHNIQUE, CONTRAINDICATIONS AND DRUG INTERACTIONS Both the pediatrician as well as pediatric nursing play an essential role in the promotion of maternal breast-feeding. The technique should be known correctly in order to correctly advise breast-feeding mothers. This is the only way that possible errors that may condition early stopping of breast-feeding may be corrected. The contraindications and interactions of maternal breast-feeding with drugs should also be known. A detailed list of drugs, classified by therapeutic groups, and their compatibility according to each one of them, is presented. The drugs have been distributed into four categories according to the degree of compatibility with maternal breast-feeding: compatible without risk (A), compatible with precautions/relative contraindication (B), absolute contraindication (C), without available data (D).

Key words

Maternal breast-feeding; Technique; Contraindications; Interaction with drugs.

Pediatr Integral 2007;XI(4):307-317.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna tiene muchas ventajas respecto a la lactancia artificial.

Es importante que las mujeres conozcan estas ventajas a la hora de decidir cómo van a alimentar a sus hijos. Los obstetras, comadronas, pediatras y enfermería pediátrica tienen un papel muy importante para hacer llegar este mensaje a las futuras madres. La falta de entusiasmo por parte de estos profesionales sanitarios puede perjudicar una lactancia materna prolongada. En cambio, una buena información recibida antes del nacimiento contribuye a que ésta se alcance con éxito. La visita prenatal de los futuros padres con el equipo de pediatría es un

buen momento para informar de los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para su hijo. Es muy recomendable poder observar una toma de lactancia en la propia consulta de pediatría y corregir la técnica en caso de que sea inadecuada. Todas las mujeres, excepto casos aislados, tienen la capacidad para amamantar a sus hijos. Estar bien informada, conocer la técnica adecuada y tener confianza en sí misma son las claves del éxito. Por el contrario, el precipitarse en dar suplemento de biberones va en contra del mismo.

La OMS, en 1981, publicó un "Código Internacional de los Sustitutos de la Leche Materna" que se basa en limitar la propaganda comercial de las fórmulas y que

prohíbe obsequiar con muestras de leche a las madres.

En 1989, la OMS y UNICEF publicaron una declaración conjunta para fomentar la lactancia materna titulada "Diez pasos hacia una feliz lactancia natural". Los hospitales que cumplen este decálogo son reconocidos como "Hospitales amigos de los niños".

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Para el lactante

1. Tiene mejor digestibilidad.
2. Reduce el riesgo de infecciones gracias a agentes inmunológicos presentes en la leche (factores antimicrobianos).

- crobianos, agentes antiinflamatorios y agentes inmunomoduladores).
3. Reduce el riesgo de alergias.
 4. Previene enfermedades en el adulto (obesidad, hipertensión arterial, arterioesclerosis).
 5. Favorece el desarrollo neurológico, visual e intelectual gracias a la presencia de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (omega 3, omega 6).
 6. Tiene un papel protector frente a ciertas enfermedades: diabetes mellitus, muerte súbita del lactante, enterocolitis necrotizante, enfermedad inflamatoria intestinal y linfoma.
 7. Favorece el correcto desarrollo mandibular.
 8. Favorece el vínculo afectivo madre-hijo.

El efecto beneficioso de la lactancia materna aumenta cuanto más prolongada es su duración. Un destete precoz puede privar a un lactante del efecto protector que supone una lactancia materna prolongada.

Para la madre

1. Favorece la involución uterina.
2. Disminuye las hemorragias posparto.
3. Retrasa la ovulación, sobre todo si se mantienen las tomas nocturnas. No es un método anticonceptivo eficaz pero ayuda a espaciar las gestaciones, lo que tiene su importancia en los países subdesarrollados.
4. Reduce el riesgo de cáncer de mama.
5. Reduce el riesgo de cáncer de ovario premenopáusico.
6. No supone gasto económico.
7. No precisa ningún tipo de preparación.
8. Disminuye la incidencia de fracturas postmenopáusicas al favorecer la remineralización ósea.

TÉCNICA DE LA LACTANCIA MATERNA

Aunque la lactancia materna se considera un proceso natural, precisa de un aprendizaje y de unos pasos a seguir para conseguir una buena producción de leche.

El lactante ha de aprender a succionar bien el pecho y la madre ha de aprender la postura correcta.

Inicio precoz

La primera toma se ha de iniciar lo antes posible. Existe un "período crítico" después del nacimiento en el cual el recién nacido está muy despierto y receptivo para poderlo colocar al pecho e iniciar la succión.

Si no se aprovecha este momento, es posible que pase a una fase de sueño o letargia que dificultaría el reflejo de succión. Este período crítico se inicia alrededor de los 20 minutos después del nacimiento y se mantiene durante 2 horas. Una vez conseguida una primera toma correcta, se favorece el éxito de las siguientes.

Reflejo de búsqueda

Consiste en que, al acariciar la boca con el dedo o con el pezón, el lactante abre la boca y gira la cabeza en busca del estímulo. Este reflejo sirve para poder agarrarse al pecho. Debe introducirse todo el pezón y la mayor parte posible de la areola mamaria. Si sólo agarra la punta del pezón se ha de retirar y volver a introducir correctamente. Para retirar el pecho de la boca se introduce el dedo meñique por la comisura de la boca, entre las encías.

Posición correcta

La posición del lactante colocado al pecho es fundamental.

El cuerpo del niño ha de estar en íntimo contacto con el de su madre; "vientre contra vientre".

Tanto la cara como los hombros han de estar colocados frente al pecho, de forma que no tenga que girar la cabeza, y la nariz ha de estar a la altura del pezón. La postura "mirando al techo" es útil para dar el biberón pero no para dar el pecho. Una mala postura durante la lactancia puede producir problemas (pezón doloroso, grietas...).

La cabeza del lactante ha de apoyarse sobre el codo y su espalda sobre el antebrazo. Con la otra mano, se dirige el pecho hacia su boca. Se puede sujetar el pecho por debajo con la palma de la mano y se coloca el dedo pulgar por encima para dirigirlo pero sin comprimir. No se ha de sujetar el pecho con los dedos en forma de tijera porque entonces se empuja la glándula mamaria hacia atrás e impide

que el pecho penetre bien dentro de la boca.

Para conseguir que el lactante se coga al pecho, se ha de acercar todo su cuerpo hacia el pecho, no solamente su cabeza. Simultáneamente, con la otra mano se dirige el pecho hacia el tercio superior de la boca. De esta forma la lengua queda colocada por debajo del pecho y con un movimiento ondulante exprime la leche de la glándula mamaria. Al tomar biberón no se realiza este movimiento ondulante, solamente se comprime la tetina, que luego se libera para que se pueda volver a rellenar de leche. Las mejillas se hunden y el bebé apenas ha de hacer esfuerzo en tomar el biberón. En cambio, al tomar el pecho las mejillas no se hunden. En cada succión la mandíbula asciende para comprimir el pecho y luego se relaja y desciende. Dar ayuda con biberón puede confundir este movimiento de succión o de "ordeñar" el pecho. Además, puede rechazarlo, porque el esfuerzo que debe realizar es mucho mayor que el que hace para tomar biberón.

Posturas para dar el pecho

Hay distintas posturas para dar el pecho: sentada clásica, sentada inversa y acostada.

La postura sentada clásica es la más utilizada. Es importante que la espalda esté bien apoyada sobre un respaldo recto y que los brazos también se puedan apoyar. Si los pechos son de tamaño pequeño, puede colocarse una almohada sobre la falda para elevar al lactante. Los pies pueden elevarse apoyándolos sobre un taburete.

La postura acostada es la idónea durante los primeros días en los que la herida de una episiotomía o de una cesárea produce dolor. También, es una postura muy cómoda para las tomas nocturnas.

La postura sentada inversa es menos utilizada y también menos conocida. Es recomendable después de una cesárea y para poder amamantar a gemelos de forma simultánea.

Lo ideal es ir alternando las distintas posturas, porque así se evita la compresión persistente de una zona del pecho y se favorece el vaciado de toda la glándula mamaria.

Horario de las tomas

Se recomienda dar el pecho a demanda y no fijar un horario rígido.

La lactancia a demanda es más fisiológica y permite cubrir las necesidades requeridas por cada lactante. Si se le permite regular por sí mismo la frecuencia de las tomas, se consigue un mejor aumento de peso y una duración más prolongada de la lactancia.

El número de tomas varía en función de las necesidades de cada niño y de la producción de leche de cada madre. Durante el primer mes, es normal un promedio de 8-12 tomas diarias. Conviene ofrecer tomas diurnas frecuentes. Las tomas nocturnas, sobre todo durante el primer mes, son aconsejables para conseguir una buena producción de leche. Un horario a demanda, flexible, permite la autorregulación; si un lactante recibe poco alimento, él mismo puede aumentar el número de tomas y recuperar peso. Un horario rígido nunca permitirá cubrir las necesidades de un lactante que se queda con hambre.

En general, los lactantes alimentados a pecho hacen tomas más frecuentes que los que toman biberón. La leche materna se digiere más rápidamente que la leche de fórmula. El vaciado gástrico de la leche materna es de 90 minutos; mientras que, el de la leche de fórmula es de 3-4 horas.

Duración de cada toma

La duración de cada toma viene determinada por el propio lactante, nunca por un reloj. Clásicamente, se ha limitado la toma a 10 minutos por pecho.

Limitar la duración de la toma puede ocasionar un vaciado incompleto de los pechos.

La producción de leche depende de este buen vaciado. Por este motivo, se aconseja alargar la toma hasta un máximo de 20 minutos por pecho. Cada lactante precisa su tiempo, unos lo consiguen en 5 minutos y otros precisan 20 para conseguirlo.

Importancia de la “segunda leche”

La composición de la leche materna varía a lo largo de una misma toma. Al inicio, es rica en hidratos de carbono y su as-

pecto es aguado. Al final de la toma la leche contiene una cantidad de grasas 5 veces superior y su aspecto es cremoso.

Es importante que el lactante reciba esta segunda leche para su correcto crecimiento.

Este cambio progresivo en la leche materna es lo que provoca la sensación de saciedad y hace que el lactante deje de mamar cuando ya ha recibido la leche suficiente. Esto no ocurre con la leche de fórmula, porque su composición es uniforme a lo largo de toda la toma.

Es preferible ofrecer los dos pechos en cada toma pero, si el lactante se queda satisfecho con la toma de un solo pecho, no debe preocupar. Ya vaciará el otro pecho en la siguiente toma (Tablas I y II).

CRISIS DE HIPOGALACTIA

La hipogalactia verdadera es muy poco frecuente, sólo aparece en 1/1.000 y se debe a una insuficiencia de la glándula mamaria.

No aparece la subida de la leche y el lactante no aumenta de peso, sus deposiciones y micciones son escasas.

La hipogalactia secundaria es mucho más frecuente. Son episodios transitorios de disminución de la secreción láctea que pueden ser desencadenados por varios motivos:

- Enfermedad aguda intercurrente.
- Fatiga o estrés.
- Mala técnica de lactancia; suplementos innecesarios de biberones, seguir un horario rígido...
- Brotes de crecimiento: son episodios de aumento de apetito que experimenta el lactante. Durante estos días, el lactante pide tomas más frecuentes hasta que consigue aumentar la producción de leche para cubrir sus nuevas necesidades. Estas crisis transitorias suelen durar un par de días y pueden presentarse varias veces durante la lactancia.

Para superar la hipogalactia secundaria, la medida más efectiva es aumentar el número de tomas diarias. La madre debe alimentarse correctamente, precisa un aporte calórico de 2.500 a 2.700 kcal/día durante la lactancia, y debe tomar 2.000 mL/día de líquidos.

- a. Inicio precoz
- b. “vientre contra vientre”
- c. tomas frecuentes
- d. vaciado completo

- Recomendar la lactancia materna en la visita prenatal
- Iniciar la primera toma lo antes posible
- Dar tomas frecuentes, a demanda
- Recomendar las tomas nocturnas
- Corregir problemas de técnica o postura en la consulta
- Evitar dar biberones, sólo si es por indicación médica
- Aconsejar lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses
- Recomendar continuar con lactancia materna a partir de los 6 meses junto con la alimentación complementaria

CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

1. Negativa de la madre. Se ha de informar y aconsejar la lactancia materna, pero nunca imponerla ni culpabilizar a la madre que decide dar biberón.
2. Enfermedades neonatales; ictericia grave, infección por estreptococo B, que puede transmitirse a la madre y provocar una mastitis bilateral grave.
3. Metabolopatías: galactosemia y alac-tasia. En la fenilcetonuria es posible una lactancia materna parcial con controles periódicos de fenilalanina; dado que, la leche materna contiene concentraciones bajas de fenilalanina.
4. Madre que toma fármacos contraindicados con la lactancia (véase tabla III).
5. Madre que consume drogas.
6. Madre que recibe quimioterapia, antimetabolitos o isótopos radioactivos.
7. Madre con absceso mamario. La mastitis no es una contraindicación. Una vez drenado quirúrgicamente el absceso y tratado con antibióticos se puede reanudar la lactancia.
8. Madre con lesión activa de herpes simple (HSV-1) mamaria. Las lesiones herpéticas en cualquier otra localización deben cubrirse.
9. Madre afectada de tuberculosis activa no tratada.

TABLA I.
Claves de una lactancia correcta

TABLA II.
Consejos que debe dar el equipo de Pediatría en la lactancia materna

10. Madre con enfermedad neurológica o psicótica grave.
11. Madre con enfermedad orgánica grave.
12. Madre HIV seropositiva. El virus de la inmunodeficiencia humana se ha aislado en la leche materna. Esta contraindicación es discutible en los países subdesarrollados. La OMS recomienda que las madres infectadas por HIV en los países subdesarrollados mantengan la lactancia al pecho; ya que, sus beneficios superan el riesgo de transmitir el virus.

13. Madre seropositiva a HTLV-I (infección por el virus de la leucemia humana de células T). Este virus se transmite a través de la leche materna. Parece que la congelación previa de la leche inactiva al virus HTLV-I pero todavía está por confirmarse. Siempre que se disponga de sustitutos adecuados de la leche materna ésta estará contraindicada en madres seropositivas a HIV y HTLV-I.

14. Madre seropositiva a citomegalovirus con recién nacido prematuro. El recién nacido a término no suele infectarse, aunque se ha comprobado el paso de CMV a través de la leche.

No es una contraindicación la hepatitis B. La lactancia materna no supone un riesgo mayor de infección por VHB. Los hijos de madres HbsAg positivas deben recibir inmunoglobulina específica (IGHB) y vacuna contra la hepatitis B al nacer. Así, se elimina cualquier riesgo teórico de transmisión a través de la lactancia.

La hepatitis C no es una contraindicación. La CDC recomienda no prohibir la lactancia materna sino dejarla a elección de la madre. Existe un mínimo riesgo teórico de transmisión pero éste no ha sido demostrado por ningún estudio. La decisión de amamantar debe basarse en la carga viral. Si la hepatitis C va asociada a una infección concurrente por HIV estará contraindicada la lactancia materna.

FÁRMACOS Y LACTANCIA MATERNA

Hay varios factores que determinan el paso de un determinado medicamento a la leche materna; la absorción, su distri-

bución, la dosis administrada... También, intervienen ciertas características del lactante: edad gestacional, edad cronológica, patología asociada... Por ejemplo, si un lactante tiene un déficit de glucosa-6-P-deshidrogenasa, su madre no podrá ser tratada con ac. nalidixico, nitrofurantoína ni sulfamidas.

Se recomienda utilizar fármacos de vida media corta y a las dosis mínimas eficaces. Se pueden utilizar pautas cortas e intensivas que permiten interrumpir la lactancia temporalmente en caso de existir contraindicación.

Por ejemplo, emplear metronidazol en dosis únicas para tricomonas. La lactancia se podrá reanudar en un par de días.

En la tabla III se expone el grado de interacción de cada fármaco con la lactancia, clasificada en cuatro categorías:

- A. Fármacos probablemente inocuos, no se ha demostrado peligros para el lactante.
- B. Fármacos que deben usarse con precaución. Su contraindicación es relativa. Existe un riesgo teórico de toxicidad o se han descrito algunos efectos adversos leves. Pueden ser utilizados si realmente es necesario, pero siempre con precaución y con una estricta vigilancia de la aparición de efectos adversos en el lactante.
- C. Fármacos absolutamente contraindicados. Se han descrito efectos adversos graves.
- D. Fármacos de los que no se dispone de datos. Evitar su uso.

En las tabla III algunos fármacos están marcados con uno o dos asteriscos:

- * Indica que, aunque este fármaco se excrete en la leche en altas concentraciones, no se ha demostrado efectos adversos o toxicidad en el lactante.
- ** Indica que hay opiniones contradictorias según los diversos autores, unos indican que son aptos y otros que existe contraindicación.

Como conclusión, se ha de ser muy prudente antes de iniciar un tratamiento a una madre lactante. Siempre se deben considerar los posibles riesgos frente al beneficio deseado.

BIBLIOGRAFÍA

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- 1.* Barroso Pérez C. Antiinfecciosos y lactancia materna. *Avances en Infectología Pediátrica* 1997; 91-6.
Interacción de los antibióticos con la lactancia materna.
- 2.* Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Colección Consejo; 2006. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2006.
Información farmacológica actualizada.
- 3.* Declaración conjunta OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Genève: OMS; 1989.
- 4.* Ito S. Drug Therapy for breast-feeding women. *N Eng J Med* 2000; **343** (2): 118-25.
Interacción de fármacos con la lactancia materna.
- 5.*** 1974-2006 Micromedex (R). DRUGDEX (R) System (Internet database). Greenwood Village, Colo: Thomson Micromedex. Updated periodically. Consultado marzo 2007.
Actualización diaria por internet de los efectos adversos de los fármacos.
- 6.** Red Book. Enfermedades Infecciosas en pediatría. Academia Americana de Pediatría. Illinois: Panamericana; 2000. p. 90-6.
Herramienta muy útil para conocer las enfermedades infecciosas que contraindican la lactancia materna.
- 7.** Temboury Molina MC. Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el manejo de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2003; **58** (3): 263-7.
Refleja los conocimientos de los profesionales sobre la lactancia materna.
- 8.*** Viñas A. La lactancia materna. Guía práctica para amamantar con éxito a tu hijo. Granada: Ed. Comares; 2000.
Manual práctico para enseñar la técnica de la lactancia a las futuras madres y para prevenir los posibles problemas de la lactancia.
- 9.*** Lactancia materna: guía para profesionales. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Monografías de la AEP. nº 5. Madrid: Ergon; 2004.
Monografía realizada por el comité de expertos en lactancia materna de la AEP.
- 10.*** Department of child and adolescent health and development. Breastfeeding and Maternal Medication. Recommendations for Drugs in the Eleventh WHO Model list of essential Drugs. World Health Organization, Ginebra 2002.

Grupo	Fármaco	CAT*	Comentarios-recomendaciones
TERAPIA DIGESTIVA			
Antiácidos antiulcerosos	Sales de aluminio Sales de magnesio Sales de calcio	A	Se absorben poco por la madre. Parecen seguros
	Famotidina	A	Se excreta en la leche en cantidades poco apreciables
	Sucralfato	A	No es absorbido por la madre
	Cimetidina	C	Se excreta en leche materna. Evitar su uso
	Ranitidina	C	Se excreta en leche materna. Evitar su uso
	Omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol, esomeprazol	D	Existe poca información. Puede excretarse en la leche materna. Evitar su uso
	Dicitrato de bismuto	D	Existe poca información. Evitar su uso
Antiespasmódicos	Mebeverina	B	Los antiespasmódicos no anticolinérgicos a dosis terapéuticas se excretan en cantidades mínimas en leche materna
	Atropina, butilescopolamina	C	Los anticolinérgicos pueden inhibir la secreción láctea
Antidiarreicos	Loperamida	A	Existe poca información, pero parece que los niveles absorbidos por la madre son mínimos, lo que reduce la excreción a la leche a cantidades poco apreciables
	Racecadotril	D	Existe poca información. Evitar su uso
Laxantes	Incrementadores del bolo (gomas y fibras, metilcelulosa, <i>Psidium plantago</i>)	A	No es probable que se excrete en leche. Uso aceptado
	Glicerina vía rectal	A	No es probable que se excrete en leche. Uso aceptado
	Hidróxido de magnesio	A	Evitar uso crónico
	Docusato	B	Se excreta en leche. Usar con precaución
	Aloe, cáscara, calomelanos, dantrona, fenoltaleína, ruibarbo, sen	C	Se recomienda evitar su uso
TERAPIA CARDIOVASCULAR			
Digitálicos	Digoxina	A	Parece segura. Mínima cantidad en la leche
Alfa-beta bloqueantes	Carvedilol	C	Es muy lipofílico y puede acumularse en la leche. Evitar su uso
	Labetalol	A	Se excreta en cantidades insignificantes (0,004%). Se considera compatible con la lactancia
Beta bloqueantes	Propranolol metoprolol, oxprenolol, propranolol, atenolol, nadolol, sotalol	B	Se excretan de forma variable. Atenolol, nadolol y sotalol se excretan de forma significativa, es preferible utilizar otros principios activos. A altas dosis, puede producir bradicardia, hipotensión, hipoglucemia. Usar con precaución y monitorizar los niveles en el lactante
Diuréticos	Furosemida	D	Se excreta en leche materna y puede disminuir la producción de leche durante el primer mes. Existe poca información. Evitar su uso
	Torasemida	D	Existe poca información
	Indapamida	D	Existe poca información
	Acetazolamida, bendroflumetazida, hidroclorotiazida, clortalidona	B	Se excreta en cantidades mínimas. Pueden disminuir la producción de leche durante el primer mes
	Espironolactona	B/C	Existen informaciones contradictorias. Se excreta canrenona, metabolito de la espironolactona, aunque la concentración es mínima en la leche. La OMS la considera compatible con la lactancia
	Eplerenona	D	Falta información. Evitar su uso

TABLA III. Fármacos y lactancia

(Colaboración de Rosa Madrdejos Mora. Farmacéutica de Atención Primaria. Mutua de Terrassa, Barcelona)

TABLA III.
Fármacos y lactancia
(continuación)

Grupo	Fármaco	CAT*	Comentarios-recomendaciones
Anticoagulantes	Heparina	A	No se excreta en la leche
	Warfarina	A	Se excreta en forma inactiva. No se han descrito efectos adversos
	Acenocumarol	B	Posiblemente seguro, pero hay menor experiencia
Antiarrítmicos: todos los antiarrítmicos pueden excretarse en leche materna. Deberá valorarse prioritariamente la relación riesgo-beneficio	Verapamilo	B	Se excreta en leche en cantidades pequeñas. No se han descrito problemas
	Lidocaína	B	Se excreta en la leche. Usar con precaución
	Quinidina	B	Existe controversia. Usar con precaución
	Mexiletina	B	Se excreta en la leche. Usar con precaución
	Procainamida	B	Se excreta en la leche. Usar con precaución
	Amiodarona	C	Se excreta en leche. Efecto desconocido. Evitar su uso. Larga vida media. Riesgo de hipotiroidismo en el lactante
	Disopiramida	C	Alta concentración en leche. Riesgo de hipotiroidismo
	Flecainida, acebutolol	C	Se excreta en la leche en cantidades importantes. Evitar su uso
Hipolipemiantes	Estatinas: atorvastatina, simvastatina, lovastatina, etc.	C	Se desconoce la cantidad que se excreta en leche materna. Riesgo potencial para el lactante. Interferencia síntesis colesterol. Evitar su uso
	Fibratos	C	Se desconoce la cantidad que se excreta en leche materna. Riesgo potencial para el lactante. Evitar su uso
Antihipertensivos	Metildopa, hidralazina	A	Concentraciones en leche insuficientes para ser peligrosas. No se han descrito problemas
	Benazepril	B	Se excreta en pequeñas cantidades. Usar con precaución
	Captoprilo, enalaprilo	A	Concentraciones en leche insuficientes para ser peligrosas. No se han descrito problemas
	Trandolapril, ramipril, fosinopril	D	Se excretan en animales en concentraciones que pueden ser elevadas. Evitar su uso
	Nifedipino	B	Se excreta en pequeña cantidad. Usar con precaución
	Reserpina	C	Diarrea, congestión nasal, letargia, anorexia, cianosis, hipotermia. Evitar su uso
	Otros IECA	D	Poca información. Evitar su uso
	ARA II	D	Se desconocen los riesgos. Evitar su uso
	Nuevos antagonistas del calcio	D	Se desconocen los riesgos. Evitar su uso
TERAPIA RESPIRATORIA			
Broncodilatadores	Salbutamol inh Terbutalina inh	A	Aunque existe riesgo de irritabilidad en el lactante, se considera compatible. El fabricante no recomienda usar salbutamol en la lactancia
	Teofilina	B	Se recomienda usar formas retardadas de teofilina a dosis bajas
Corticosteroides	Corticoides inhalados/nasales	A	Utilizar dosis bajas. Parece que no se excretan en cantidades apreciables
	Corticoides orales	B	Se excretan en leche. Disminución de la función suprarrenal. Usar con precaución y evitar uso crónico. El fabricante recomienda suspender la lactancia
Cromonas	Cromoglicato disódico	D	No hay datos disponibles. Evitar su uso
Antihistamínicos H1	Loratadina	B	Aunque se excreta en la leche, no se han descrito problemas
	Levocabastina nasal	B	Parece que, tras la administración de levocabastina nasal, los niveles son mínimos y se acepta su uso
	Clemastina, terfenadina, difenhidramina, cetirizina/levocetirizina, ebastina, rupatadina, desloratadina	C	Se excretan en leche y pueden inhibir la lactancia por su acción anticolinérgica. Falta información. Evitar su uso

.../...

**TABLA III.
Fármacos y
lactancia
(continuación)**

Grupo	Fármaco	CAT*	Comentarios-recomendaciones
Antitusígenos	Codeína	B**	No hay experiencia suficiente con otros opiáceos. Dosis bajas de fosfato de codeína parecen seguras. Dosis altas pueden producir constipación, sedación y dependencia
	Dextrometorfán	B**	A dosis bajas parece seguro. El fabricante recomienda no usar en lactancia debido a que muchos preparados contienen etanol en la fórmula
Descongestionantes adrenérgicos nasales	Efedrina, pseudoefedrina, oximetazolina, xilometazolina	B	Usar con precaución a dosis bajas y, como máximo, durante 3-5 días
Mucolíticos	Ambroxol, bromhexina, N-acetil cisteína, guaifenesina	D	No existen datos suficientes. Debido a la eficacia dudosa de estos fármacos se recomienda no usarlos en el período de lactancia
Expectorantes	Yoduro potásico	C	Forma parte de especialidades multicomponentes. Puede afectar al tiroides del lactante
TERAPIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
Hipnóticos y sedantes	Oxazepam	B	Es la benzodiazepina de elección; ya que, posee una vida media corta y se excreta en mínimas cantidades en la leche. No usar de forma crónica
	Otras benzodiazepinas	B	Se excretan en leche en cantidades apreciables. Los niños metabolizan lentamente las benzodiazepinas, por lo que se pueden producir niveles tóxicos. Evitar dosis repetidas en la lactancia. Pueden producir somnolencia y pérdida de peso
	Espino blanco, valeriana	D	Datos insuficientes. Evitar su uso
	Zolpidem, zopiclona	C	Se excreta en leche materna. Puede inhibir la lactancia. Evitar su uso
	Zaleplon	D	Datos insuficientes. Evitar su uso
Antimigrañosos	Sumatriptán	B	Se excreta en pequeñas cantidades. Uso precautorio, recomendándose descartar la lactancia durante 8 horas después de una dosis
	Naratriptán, rizatriptán	C	Se excreta en cantidades importantes. Evitar lactancia hasta 24 h después de la dosis
	Almotriptán, zolmitriptán, eletriptán, frovatriptán	D	Datos insuficientes. Evitar su uso
	Preparados Ergot y derivados	C	Peligro de ergotismo. Dosis repetidas inhiben la producción de leche
Antiparkinsonianos	Levodopa	C	Posible alteración del crecimiento neonatal. La seguridad de otros antiparkinsonianos no ha sido demostrada
	Pergolida, lisurida, selegilina, entacapone	C	No hay datos suficientes. Posibilidad de efectos adversos. No usar o suspender la lactancia
Antipsicóticos	Fenotiacinas (clorpromazina, flufenazina), haloperidol	B	Bajas concentraciones en la leche. Utilizar bajas dosis y vía oral. Pueden producir galactorrea en la madre y sedación en el lactante. Algunos autores desaconsejan la lactancia. Sus efectos son desconocidos
	Clozapina, risperidona	C	Se excreta en elevada concentración. Evitar su uso
	Sales de litio, loxapina	C	Se han descrito efectos adversos graves. Evitar su uso o suspender la lactancia
	Olanzapina	C	Se excreta en la leche. No se han descrito efectos adversos. Se recomienda evitar su uso
Antidepresivos	Amitriptilina, clomipramina, nortriptilina, imipramina, maprotilina, mianserina	B	Bajas concentraciones en leche. Hasta ahora no se han mostrado peligrosas. Se recomienda usar dosis bajas. Algunos fabricantes contraindican su uso
	Sertralina, paroxetina, venlafaxina	B	Aunque se excreta en leche materna, no se han descrito problemas. Se desconoce su efecto a largo plazo sobre el desarrollo cognitivo del niño
	Otros ISRS (fluoxetina, citalopram, escitalopream)	C	Pueden excretarse en leche en cantidades apreciables. Se desconoce el efecto sobre el niño a largo plazo. Algunos fabricantes recomiendan suspender la lactancia. Se han descrito casos de irritabilidad, alteraciones del sueño, vómitos y diarreas, pérdida de peso, etc. .../...

TABLA III.
Fármacos y lactancia
(continuación)

Grupo	Fármaco	CAT*	Comentarios-recomendaciones
Antieméticos	Metoclopramida	B**	Bajas concentraciones en leche. Opiniones contradictorias. La OMS contraindica su uso
	Domperidona	B**	Puede afectar a la producción y volumen de leche. La concentración es mínima y no se han descrito efectos adversos pero no se recomienda para aumentar temporalmente la producción de leche. Opiniones contradictorias
	Meclozina	B	Riesgo teórico de somnolencia
Antiepilépticos (monitorizar los niveles plasmáticos de la madre)	Carbamazepina	B	Bajas concentraciones en leche. Posible sedación
	Valproato sódico	B	Bajas concentraciones en leche. Somnolencia
	Difenilhidantoína	B**	Posible sedación. Se ha descrito un caso de metahemoglobinemia
	Fenobarbital, fenitoína	B/C	Opiniones contradictorias. Posible somnolencia. Se ha notificado un caso de metahemoglobinemia. La OMS lo considera compatible con la lactancia
	Primidona	C	Sedación. Irritabilidad
	Etosuximida	C	Hiperexcitabilidad, succión disminuida
Analgésicos narcóticos	Codeína, morfina, fentanilo	B	No usar altas dosis de forma prolongada (pueden administrarse dosis de mantenimiento). Posible depresión del SNC (reversible con naloxona). Evitar la lactancia en niños nacidos de madres dependientes, por riesgo de síndrome de abstinencia en el niño
	Buprenorfina	C	
Analgésicos no narcóticos	Paracetamol	A*	
	Ácido acetil salicílico	B	Utilizar ocasionalmente y a bajas dosis. Dosis mayores de 3 g/día provocan riesgo de acidosis metabólica. Uso continuado: alteración de la función plaquetaria y aumento del tiempo de sangría
	Otros salicilatos	B	Administrar de forma ocasional, siempre después de la toma. Evitar su uso prolongado: posibilidad de rash e hipoprotrombinemia (en niños deficientes en vit K)
	Metamizol	C	Se excreta en leche materna. Evitar su uso
Estimulantes del SNC	Anfetaminas, dexamfetamina	C	Cantidades significativas en la leche. Evitar su uso, especialmente los preparados de larga duración
TERAPIA ANTIINFECCIOSA			
Penicilinas	Penicilinas, amoxicilina, ampicilina, amoxicilina-clavulánico	A	Aunque se excretan en la leche, no se han descrito problemas. Posible inducción de hipersensibilidad. Amoxicilina y ampicilina pueden dar mal sabor de leche. Con ácido clavulánico existe menor experiencia
	Cloxacilina	A	Se excreta en leche pero no se han descrito problemas. Posible inducción de hipersensibilidad. Existe menor experiencia que con amoxicilina
Cefalosporinas	Cefaclor, cefadroxilo, cefalexina, cefazolina cefonicid, cefoxitina, cefotaxima, cefuroxima, ceftazidima, ceftriaxona, cefuroxima axetilo	A	Posible inducción de hipersensibilidad. Se excretan en cantidades mínimas en la leche, pueden alterar la flora intestinal
	Ceftibufeno, cefixima, cefpodoxima	D	No se dispone de información. En un estudio con cefixima no se detectó en leche materna tras la administración de una dosis de 100 mg
Aminoglicósidos	Estreptomina, gentamicina, kanamicina, tobramicina, amikacina	A**	Pasan a la leche en proporciones muy bajas. Sorprende la falta de información de cada fármaco. La literatura en general los presenta "sin información", "desaconsejados por precaución" o "contraindicados", no obstante las cantidades ingeridas con la leche son mínimas (0,005-0,4%). Riesgo teórico de ototoxicidad y nefrotoxicidad
Macrólidos	Eritromicina	A	Pueden modificar la flora intestinal del lactante
	Azitromicina, claritromicina	D	No se dispone de información. En un caso publicado la excreción de azitromicina tras tres dosis fue insignificante .../...

**TABLA III.
Fármacos y
lactancia
(continuación)**

Grupo	Fármaco	CAT*	Comentarios-recomendaciones
Ketólidos	Telitromicina	D	En animales, se excreta en la leche en concentraciones 5 veces las del plasma. No se recomienda su uso
Tetraciclinas	Tetraciclina, oxitetraciclina, doxiciclina, minociclina	B**	Existe controversia. Los niveles séricos en los lactantes han sido indetectables. La absorción oral está disminuida por su quelación con el calcio/hierro lácteo. Tinción amarillenta de los futuros dientes del niño
Sulfamidas	Sulfametoxazol, cotrimoxazol	B	Contraindicada en niños con déficit de G6PDH (anemia hemolítica). Riesgo de kernicterus en niños ictericos
Otros	Clindamicina, lincomicina	B	Puede ocasionar disbacteriosis intestinal. Se considera compatible con la lactancia
	Cloranfenicol	C	Posible toxicidad en médula ósea
	Metronidazol	C**	Controvertido. Si se administra dosis única, se aconseja interrumpir la lactancia de 24 a 48 horas y luego reanudarla
Antisépticos urinarios	Nitrofurantoína, ácido nalidíxico	B	Contraindicado en niños con déficit de G6PDH. Hipertensión endocraneal
Quinolonas	Norfloxacino, ciprofloxacino, moxifloxacino	C**	Grupo de fármacos que pueden concentrarse en la leche. Esta característica y la de un uso muy restringido en pediatría las hacen desaconsejables en la lactancia. Altera el desarrollo del cartilago
Tuberculostáticos	Rifampicina	A**	Monitorizar la función hepática del niño. Se excreta en leche en cantidades mínimas
	Isoniazida	B	Concentraciones significativas en leche. Riesgo teórico de neurotoxicidad, por lo que se aconseja administrar conjuntamente con piridoxina. Hepatotoxicidad
	Estreptomicina	B	Véase aminoglicósidos
	Etambutol	B	Riesgo de toxicidad ocular
	Capreomicina, pirazinamida, rifabutina	C**	En España, en el prospecto de pirazinamida se recomienda sólo "precaución". La OMS lo considera compatible con la lactancia
Antifúngicos	Anfotericina B, fluconazol, griseofulvina, itraconazol, ketoconazol, miconazol	D	En la mayoría no se dispone de información. La OMS considera fluconazol compatible con la lactancia
	Nistatina	A	Compatible en presentación oral y tópica. No es absorbida por el tracto gastrointestinal de la madre
Antivíricos	Aciclovir	B**	Compatible aunque se excreta en leche
	Amantadina	C	Vómitos, retención urinaria, rash
	Famciclovir, foscarnet, ganciclovir, ribavirina	C	Se han descrito efectos adversos importantes en animales de experimentación. Evitar su uso
	Antirretrovirales	C	Lactancia contraindicada por el riesgo de transmisión del virus
Antipalúdicos	Cloroquina	B	Utilizar dosis moderadas
	Pirimetamina	A*	
	Halofantrina	C	Se excreta en leche y se han descrito efectos adversos. Evitar su uso
Antiparasitarios	Albendazol, mebendazol, levamisol, niclosamida, praziquantel, pirantel	B	Mínima absorción. Compatible con la lactancia
	Tiabendazol	C	
	Lindano tópico	B	Limpiar zona mamaria antes de la toma
TERAPIA HORMONAL			
Hormonas sexuales	Andrógenos y derivados	C	Masculinización en niñas y desarrollo precoz en niños
	Estrógenos, anticonceptivos orales (estrógenos + progestágenos)	C	Feminización en niños. Disminución de producción de leche
	Etisterona, noretisterona, danazol	C	Efecto androgénico
	Progestágenos (anticonceptivos monocomponentes)	B**	Bajas concentraciones en leche. Se recomienda utilizar anticonceptivos que contengan sólo progestágenos .../...

TABLA III.
Fármacos y lactancia
(continuación)

Grupo	Fármaco	CAT*	Comentarios-recomendaciones
Hormonas tiroideas	Levotiroxina, liotironina	B	La cantidad excretada es mínima. Puede interferir en las pruebas de <i>screening</i> de hipotiroidismo y bocio en neonatos
Antitiroideos	Carbimazol, metimazol	C**	Algunos autores recomiendan usar dosis bajas y controlar la función tiroidea del lactante
	Propiltiouracilo	B**	No está comercializado en España pero puede ser la única alternativa en lactantes
	Yoduros	C	
Corticosteroides orales	Prednisona y prednisolona	A	Se excretan mínimamente
	Otros corticoides	B	Usar dosis bajas en dosis únicas. No cronificar tratamientos
Otros	Bromocriptina	C	Suprime la producción de leche
	Oxitocina	C	Reanudar la lactancia a las 24 horas de suspender el tratamiento
	Calcitonina	D	No existe suficiente información
TERAPIA ANTIDIABÉTICA			
Antidiabéticos	Insulina	A	No se excreta en leche materna
Antidiabéticos orales	Sulfonilureas	C	Riesgo teórico de hipoglucemia. Monitorizar los niveles plasmáticos del niño. Evitar su uso
	Metformina	B	Se excreta en concentraciones mínimas y no se han comunicado efectos adversos en el lactante. Riesgo mínimo
	Rosiglitazona, pioglitazona	C	Se excreta en la leche materna en animales. Riesgo teórico de hipoglucemia. Evitar su uso
	Nateglinida, repaglinida	C	Se excreta en la leche materna en animales. Riesgo teórico de hipoglucemia. Evitar su uso
VITAMINAS Y MINERALES			
Vitaminas Se recomienda evitar dosis elevadas.	Vitamina A	A	A dosis > 2.500 U/día riesgo de hipervitaminosis
	Isotretinoína	C	
	Etretinato	C	
	Vitamina D	A	Dosis > 500 U/día provocan hipercalcemia
	Tiamina	A	
	Ácido ascórbico	A	
	Vitaminas grupo B	A	A dosis elevadas la piridoxina puede inhibir la producción de leche
	Vitamina K	A	
	Vitamina E	A	
	Ácido fólico	A	Se excreta en leche aunque a dosis terapéuticas no afectan al niño
Minerales	Fluoruro	A	Dosis elevadas pueden afectar al esmalte
	Sales de hierro	A	Dosis terapéuticas no afectan al lactante
Suplementos	Yoduro potásico, dosis de suplemento nutricional	B	Se excreta en la leche y se han descrito casos de enrojecimiento y supresión de la función tiroidea del recién nacido. La OMS lo considera compatible a dosis de suplemento en madres deficitarias
TERAPIA ANTIINFLAMATORIA			
Antiinflamatorios no esteroideos	Naproxeno, ibuprofeno	A	Escasa concentración en leche
	Diclofenaco	B	Descritos casos de convulsiones a dosis altas
	Indometacina	C	Se ha descrito 1 caso de convulsiones
	Fenilbutazona	C	
	Celecoxib	C	Se excretan en concentraciones similares a las del plasma. Se recomienda evitar su uso
	OTROS AINE y COX-2 piroxicam, ketoprofen, etoricoxib	D	No se dispone de información suficiente

.../...

<i>Grupo</i>	<i>Fármaco</i>	<i>CAT*</i>	<i>Comentarios-recomendaciones</i>
Otros	Carisoprodol	C	Depresión del SNC y alteraciones gastrointestinales
	Colchicina, alopurinol	B	Se excreta en leche. Puede usarse con precaución
	Sales de oro	C	Concentraciones significativas en leche. Peligro de <i>rash</i> , nefrotoxicidad y hepatotoxicidad
OTROS			
Antineoplásicos	Ciclofosfamida, busulfán, cisplatino, doxorubicina, hidroxiurea, metotrexato, vincristina, tamoxifeno	C	Se excretan en leche. Casos de neutropenia y otros efectos adversos graves. Se recomienda suspender la lactancia
Inmunosupresores	Azatioprina, ciclosporina	C	Se excretan en leche. Casos de neutropenia y otros efectos adversos graves. Se recomienda suspender la lactancia
Radiofármacos	Citrato de galio	C	Cantidades significativas en leche. Permanece en leche durante más de 2 semanas
	I-125, I-131	C	Permanece en leche entre 7 y 10 días
	Tecnecio-99	C	Permanece en leche aproximadamente durante 24 horas
	Cloruro sódico radioactivo	C	

**TABLA III.
Fármacos y
lactancia
(continuación)**