



PASIÓN POR EDUCAR

**García Aguilar Paola Montserrat**

**3er semestre Grupo "B"**

**Materia: Farmacología**

**Dr. Ortega Sánchez Miguel**

**Abelardo**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de octubre del 2022**

## Ensayo

### Farmacológica clínica en el embarazo y lactancia

Bueno algunos antecedentes que hay que tener presente que las malformaciones congénitas vienen siendo una importante causa de mortalidad infantil y en la segunda en nuestro país luego de la prematuros y el bajo peso y el 3% de estas malformaciones se pueden deber a causa importante como los medicamentos

pero también conocemos que las últimas dos décadas la edad en que las madres se embarazan aumentó es decir que le da de las mujeres fértiles se prolongó debido al mayor uso de tratamientos de fertilización.

Pensemos que el tratamiento de una embarazada plantea la situación que son dos los pacientes que reciben la medicación tanto la mamá y dependiendo de la edad gestacional si es un embrión o feto y también tener presente que la placenta así como nutre al feto Posteriormente la leche humana es la sustancia vital para la nutrición del bebé

Todo medicamento que use la madre lactante o embarazada puede tener algún efecto sobre el niño, por lo tanto es un tema que se debe manejar muy bien

El manejo del embarazo y la lactancia es complejo, la mayoría de los fármacos atraviesan la barrera placentaria y son excretados por la glándula mamaria, por lo que muchos fármacos están presentes en la leche materna debido a sus propiedades fisicoquímicas, aunque su presencia no es una contraindicación para la lactancia. El período de embarazo más crítico para tomar cualquier medicamento es entre las 4 y las 10 semanas de gestación, ya que durante este período se produce el desarrollo de los órganos el cual conocemos como organogénesis, Antes, y durante las primeras cuatro semanas se aplicaba la regla de "todo o nada": ya que el embrión puede que sobreviva sin anomalías o muera.

Un concepto muy importante a tener en cuenta es: La teratogénesis se define como cualquier alteración morfológica, bioquímica o funcional inducida durante el embarazo, que se puede detectar en el parto o posteriormente. Todo fármaco que pueda provocar este tipo de alteraciones se considera teratógeno.

Me parece importante repasar alguno de los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo. Estos son debidos al efecto hormonal:

- El vaciamiento gástrico se encuentra lento
- Aumento del PH gástrico
- Disminución del peristaltismo
- Aumento del flujo gastrointestinal
- Disminución de la concentración de proteínas plasmáticas
- Aumento del flujo renal, filtrado glomerular y alteración del metabolismo hepático
- Aumento de la permeabilidad de la Barrera placentaria a mayor edad gestacional

Tener en cuenta estos cambios fisiológicos es importante ya que esto va a afectar la absorción de los medicamentos administrados durante el embarazo.

¿De qué va a depender que un medicamento afecte al embrión o al feto?

El Pasaje transplacentario de los medicamentos dependerá de la genética del embrión, ya que debe de existir una Genética susceptible, la edad gestacional al momento de la exposición al fármaco, la dosis y los niveles séricos maternos y en este caso la duración del tratamiento.

Otro punto importante es la farmacocinética del medicamento aquí hablamos de la liposolubilidad, el peso molecular ya que como hemos visto los fármacos con mayor peso molecular tienen mayor dificultad al traspasar la placenta, el grado de ionización y de la unión a las proteínas plasmáticas.

Dentro de los medicamentos con efectos teratógenos el principal fármaco que ha cambiado la historia dentro de los efectos que ha causado a sido la talidomida como ya vimos en clase a finales del año 50 se reportaron casos de niños con efectos teratogenicos y tenían algo en común las madres habían consumido talidomida.

Otro grupo de fármacos relevantes son los antibióticos

Ya que es un común el uso tratamiento de infecciones bacterianas en el embarazo y la lactancia.

No es raro que las pacientes embarazadas o lactantes requieran tratamiento antibiótico por rotura de membranas, infecciones del tracto urinario, etc.

La mayoría de los antibióticos son bastante seguros y se ha demostrado que muchos de ellos son compatibles con la lactancia materna. Las penicilinas y las cefalosporinas están en la categoría B; la amikacina está en la categoría C de la clasificación de la FDA la cual abordaremos más adelante.

Como sabemos La lactancia materna es fundamental para la salud de los niños y de las madres, la organización mundial de la Salud y numerosas sociedades científicas del mundo la recomiendan como alimentación exclusiva en los 6 primeros meses de vida y como complemento hasta los 2 años o más.

En la actualidad estudios han demostrado que un gran porcentaje de mamás consumen o están bajo tratamientos farmacológicos Durante la etapa de lactancia materna por eso es relevante debatir el riesgo beneficio ya que los beneficios de la lactancia materna son superiores a los posibles riesgos de la exposición a través de la leche materna de la mayoría de fármacos. Buscando la posibilidad de una alternativa terapéutica, existen pocas enfermedades maternas cuyo tratamiento contraindique de forma absoluta la lactancia.

Cómo sabemos los menores amamantados experimentan menor mortalidad y menor frecuencia y gravedad de mortalidad por diarrea, infecciones respiratorias agudas, otitis, obesidad, o dermatitis.

Durante la práctica médica existen contraindicaciones que afectan el inicio de la lactancia materna y su abandono esto es debido a la presencia de afecciones maternas y en algunos casos del niño.

Una de las causas de abandono de la lactancia es la prescripción de medicamentos debido a alguna patología materna que muchos de los casos no es justificada.

Se estima que más de 90% de las mujeres que amamantan reciben diferentes tipos de medicamentos durante la primer semana posparto.

A continuación en el presente ensayo se abordará la clasificación por la FDA

“En 1966 la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de Estados Unidos publicó una guía sobre estudios de reproducción que debían realizarse para evaluar la seguridad de los fármacos durante el embarazo con el principal objetivo de reducir o evitar efectos adversos como lo son las malformaciones congénitas durante el embarazo y en el feto”

Ya que Clásicamente se considera a las mujeres en este período de la vida como parte de una población de riesgo para el uso de medicamentos.

Con el paso de los años estableció la obligación de presentar información sobre los medicamentos con efectos teratógenos y así disminuir el riesgo que pueden presentar en el feto

Esta clasificación tiene en cuenta la información disponible sobre los efectos teratogénicos en humanos y animales para evaluar el riesgo para el feto y el beneficio potencial para la madre. Ya que como sabemos los estudios no pueden realizarse en personas embarazadas porque se pondría en riesgo dos vidas.

La clase A corresponde a estudios realizados en humanos bajo condiciones controladas sin evidencia de daño al feto, mientras que las clases D y X son fármacos teratogénicos definitivos.

La clase D se reserva para aquellos fármacos para los que no existe una alternativa segura, y los fármacos de la clase X por su riesgo para el feto y por tanto no motivo para utilizarlos durante el embarazo. Los conceptos en cada categoría son los siguientes:

#### Categoría

##### **A. Los estudios controlados no demuestran riesgo**

Existen estudios adecuados, bien controlados en mujeres embarazadas que no han mostrado riesgo al feto.

##### **B. Los estudios en animales han mostrado riesgos**

Los estudios en humanos son negativos. O bien, no se han realizado estudios adecuados en el humano, pero los estudios en animales son negativos.

### C. El riesgo no se puede descartar

Los estudios en humanos no se han realizado y en animales son positivos de riesgo fetal o no se han realizado. Sin embargo, el beneficio potencial puede justificar el riesgo potencial.

### D. Evidencia positiva de riesgo

La información por investigaciones realizadas o información posmercado muestra riesgo al feto. Sin embargo, el beneficio potencial puede ser mayor a su riesgo potencial.

### E. Contraindicado en el embarazo

Estudios de investigación en animales o humanos o reportes posmercado han mostrado riesgo al feto, lo cual sobrepasa claramente cualquier posible beneficio.

Es muy importante informar a la embarazada sobre los peligros de la automedicación.

Se debe usar la menor dosis eficaz durante el menor tiempo posible.

Hay que evitar los fármacos de reciente aparición. Esto es importante, ya que los medicamentos nuevos generalmente no tienen el respaldo de estudios que comprueben su seguridad durante el EMBARAZO lo que podría ocasionar un efecto no esperado en el feto.

### **De igual manera encontramos tres categorías o normas Normas para la indicación de fármacos en la lactancia**

La categoría 1 abarca los medicamentos contraindicados durante la lactancia, por haberse comprobado que causan efectos perjudiciales en el lactante

. La categoría 2 comprende los fármacos cuyo efecto sobre la lactancia en el ser humano es desconocido y que se podrían usar con precaución, con especial vigilancia del lactante por si hubiera alguna alteración.

La categoría 3 se refiere a los medicamentos compatibles con la lactancia. Cabe recordar que no todo fármaco que se secreta en la leche está forzosamente contraindicado.

Existen las normas generales que se proponen para la indicación durante la lactancia las cuales son de carácter relevante para abordar en el presente ensayo es por eso que a continuación mencionaremos algunas:

- Evitar en lo posible la indicación de cualquier medicamento, especialmente en las primeras semanas.
- Informar sobre los riesgos de la automedicación.
- Tratar de escoger medicamentos que se secreten poco o nada por la leche, a menos que esté comprobado que no tienen efectos en el lactante.
- Intentar el uso de vías de alternativas de administración, como la tópica y la inhalatoria, ya que así se minimiza la concentración del fármaco en la leche.
- Tratar de amamantar durante los períodos de baja concentración de medicamento, para lo cual es necesario conocer los máximos plasmáticos. Esa toma de leche se puede sustituir por relleno o por leche extraída de la madre y conservada.
- En el caso de tratamientos cortos, también se puede suspender temporalmente la lactancia materna y, si es posible, retrasar el tratamiento hasta terminada la lactancia.
- Siempre se debe vigilar al lactante para detectar posibles efectos perjudiciales.

Conclusión:

Podemos decir que es necesario que personal de salud tenga conocimiento sobre los efectos adversos que pueden provocar ciertos fármacos y de igual manera se debe conocer los criterios que tiene la FDA con el único objetivo de disminuir o evitar malformaciones congénitas y algunos otros efectos adversos que podrían presentarse en el feto o en el recién nacido durante la lactancia materna o incluso en la madre.

## BIBLIOGRAFÍA

Brunton Laurence L., Lazo John S., Parker Keith L. "Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la Terapéutica". Undécima Edición. McGraw Hill. 2006.

- Katzung Bertram G. "Farmacología básica y clínica". Novena Edición. Manual Moderno

Gpc lactancia materna. (n.d.). GPC Lactancia Materna.