

Actualización Farmacológica

Este espacio tiene como finalidad brindar información mediante artículos y trabajos publicados en revistas nacionales e internacionales. Tiende a mejorar, con su análisis, los perfiles de prescripción odontológica y fomentar el uso racional de los medicamentos.

Prof. Dr Jorge Luis Juanes / Dra María Claudia González.
En esta oportunidad, se publica un trabajo de los autores referido al Uso de fármacos durante la gestación.

Uso de medicamentos durante el embarazo Introducción

El uso de medicamentos durante el embarazo exige por parte del odontólogo la obligación de extremar los conocimientos acerca de los fármacos factibles de ser utilizados o prescritos.

Debe seleccionarlos en términos de relación beneficio-riesgo y ajustarlos en su dosis o forma de administración acorde a los cambios fisiológicos que acompañan a la gestante.

Cambios fisiológicos en la embarazada que afectan la transferencia o la acción farmacológica

Absorción: durante el 3er trimestre disminuye la evacuación gástrica y la motilidad intestinal originando un retardo en la absorción de algunos fármacos cuando los mismos son administrados por vía oral.

Distribución: en el 2do. y 3er. trimestres, se ve aumentado el volumen de distribución aproximadamente en un 50%, originando una disminución de la concentración plasmática de algunos antibióticos.

Metabolismo: La función hepática se ve acentuada y modificada de tal forma que algunos antibióticos, como las tetraciclinas, al metabolizarse producen hepatotoxicidad.

Eliminación: el flujo renal y la diuresis aumentan llegando a duplicarse al final del embarazo y reducir la vida media de los fármacos que se eliminan por esta vía.

Pasaje de las drogas por placenta

La placenta, como se sabe, es el órgano de intercambio fisiológico fetomaterno. Si bien durante mucho tiempo se hablaba en un sentido estricto de barrera placentaria que impedía el pasaje de sustancias perjudiciales para el feto, hoy día se conoce

que son numerosos los medicamentos que la atraviesan exponiéndolo a sus efectos farmacológicos o teratogénicos.

La transferencia desde la sangre materna a la fetal se produce a expensas de factores inherentes al fármaco y la placenta.

Factores que intervienen en el pasaje transplacentario

Referentes al fármaco

- Peso Molecular
- Grado de disociación
- Liposolubilidad
- Gradiente de concentración
- Porcentaje de unión a proteínas plasmáticas

Referentes a la placenta

- Espesor
- Superficie
- Flujo sanguíneo

Cinética de las drogas en el feto

Una vez transpuesta la placenta, el ingreso de los fármacos a la circulación fetal se realiza mediante la vena umbilical. Ya en la circulación, debido a la mayor permeabilidad de la barrera hematoencefálica, algunas drogas ven facilitado su ingreso a los tejidos del SNC.

Si bien todas las sustancias circulantes hacen su pasaje por el hígado fetal, la baja capacidad metabólica de éste impide que los fármacos se biotransformen completamente.

La eliminación o excreción se efectúa por transferencia a placenta, a expensas de la circulación de retorno aportada por la arteria umbilical.

Teratogénesis

La Teratogénesis, según la OMS, se ocupa del estudio de aquellos agentes físicos, químicos y biológicos responsables de alteraciones morfológicas, bioquímicas o de conducta producidos en cualquier etapa de la gestación, nacimiento o posteriormente al mismo.

Existen estudios que afirman que entre un 3 a 5% de las anomalías congénitas se relacionan con el uso de medicamentos.

Actualización Farmacológica

Los medicamentos teratogénicos pueden causar muerte fetal, abortos o dar origen a niños con defectos.

Durante el primer trimestre y más puntualmente entre el decimoséptimo día de la gestación hasta los 2 meses, es el período de mayor susceptibilidad fetal a los fármacos que pueden originar malformaciones. Pasado el primer trimestre, la vulnerabilidad fetal continúa, si bien con menor posibilidad de daño.

Por supuesto, se hace preciso enfatizar sobre la precaución que debe observarse con el uso de medicamentos durante el embarazo, restringiendo su utilización a los casos estrictamente necesarios.

Categorías de riesgo para el embarazo

La FDA (Food and Drugs Administration) ha establecido cinco categorías de riesgo, asignadas a cada fármaco estudiado (A,B,C,D y X).

Estas categorías de riesgo para el embarazo identifican el peligro potencial para el feto.

Categoría A: Estudios adecuados y bien controlados no han logrado demostrar riesgo para el feto en el primer trimestre de embarazo y no existe evidencia de riesgo en trimestres posteriores.

Categoría B: Estudios de reproducción en animales no han demostrado riesgo para el feto y no se han realizado estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas.

Categoría C: Estudios de reproducción en animales han demostrado efectos adversos en el feto y no se han realizado estudios adecuados y bien controlados en humanos, pero los beneficios potenciales pueden justificar el uso del fármaco por parte de las mujeres gestantes a pesar de los riesgos potenciales.

Categoría D: Existe evidencia positiva de riesgo para el feto humano basada en datos de reacciones adversas obtenidos de experiencias o estudios en humanos realizados durante la investigación o la comercialización, pero los beneficios potenciales pueden justificar el uso del

fármaco por las mujeres gestantes a pesar de los riesgos potenciales.

Categoría X: Estudios realizados en animales o en humanos han demostrado anomalías fetales y/o evidencia positiva de riesgo para el feto humano basada en datos de reacciones adversas obtenidos tanto en experiencias de investigación como en la comercialización, y los riesgos implicados en el uso del fármaco por mujeres gestantes superan claramente los beneficios potenciales.

Selección del fármaco adecuado

Si bien lo deseable es que la paciente se encuentre en salud bucal antes del embarazo, y que el control preventivo continúe durante el transcurso del mismo, la realidad nos señala que a la consulta suelen presentarse pacientes con distinto grado de evolución en su embarazo y que son portadoras de patologías que exigen el uso de fármacos.

Ante esta situación y de no mediar una urgencia, es recomendable, previa a la prescripción, comunicarse con el médico tratante de la paciente, con el fin de establecer coincidencias acerca de los fármacos a utilizarse en la terapia farmacológica.

En cuanto a la selección del medicamento más adecuado se elegirá aquel que sea eficaz y seguro inclinándose a adoptar aquellos que ofrezcan amplia experiencia clínica en el tiempo y que no hayan evidenciado efectos adversos.

Se evitarán los nuevos productos comercializados cuando la seguridad de su uso durante el embarazo no haya sido aún establecida.

Fármacos de utilización habitual en odontología referidos a su uso durante el embarazo.

Antimicrobianos

Penicilinas

- Son los antimicrobianos de primera elección
- La toxicidad de las Penicilinas es extremadamente baja para la madre y el feto
- No se han reportado efectos teratogénicos
- El efecto adverso a tener en cuenta es la alergia.

Cefalosporinas de primera generación

- Si bien se consideran seguras, por el hecho de ser ineficaces contra anaerobios (gram), no se indican como de primera elección para el tratamiento de infecciones odontológicas mixtas.

Eritromicina

- Con excepción del Estolato de Eritromicina, es considerada como una de las drogas más seguras.

Metronidazol

- Contraindicado en el primer trimestre de embarazo

Nistatina

- No ofrece riesgos

Ketoconazol

- No se recomienda su utilización sistémica por su potencial daño hepático
- Estudios en animales demostraron embriotoxicidad.

Aciclovir

- No se recomienda su uso sistémico
- No hay estudios que comprueben seguridad para el feto humano.

Clindamicina

- La seguridad en gestantes no está determinada
- No se han realizado estudios adecuados y bien controlados en humanos que permitan asegurar su uso.

Azitromicina

- No ha sido liberada para el uso en gestantes
- No se ha demostrado su total inocuidad en el embarazo

Analgésicos

- Deben ser tomados en dosis bajas y por poco tiempo.

Acido Acetil Salicílico

- Se evitará su uso durante el embarazo fundamentalmente en el último trimestre ante la posibilidad de cierre precoz del ductus, la prolongación de parto y aumento del sangrado.

Paracetamol

- No ha demostrado poseer efectos teratogénicos a dosis usuales.
- Es de primera elección como analgésico durante el embarazo.

AINES

En líneas generales no son recomendables debiéndose evitar su uso. Causan efectos adversos

similares a los descriptos para con el Acido Acetil Salicílico a partir del tercer trimestre. Inhiben la síntesis de prostaglandinas, pudiendo causar la gestación prolongada y distocia.

Corticoides

Debe evitarse su utilización.

De ser estrictamente necesario se prefiere a la Prednisolona por atravesar con mayor dificultad la placenta.

Anestésicos locales

La Lidocaína administrada por las vías y dosis usuales se considera como segura, debiéndose utilizar la menor cantidad posible que produzca el bloqueo, asegurándose por medio de aspiraciones de no volcar el contenido anestésico en un vaso.

La Prilocaina puede causar, en altas dosis, metahemoglobinemia con cianosis al final del embarazo.

Los coadyuvantes como la adrenalina a dosis usuales y por las vías adecuadas no afectan la circulación placentaria.

Fluoruros

No se conocen efectos adversos con el uso de Fluoruros sistémicos como suplemento durante el embarazo. Existe controversia sobre la eficacia en prevenir las caries en el niño con la administración prenatal de fluoruros.

Bibliografía

- The Medical Letter: Agentes Antimicrobianos en el embarazo.
- AClinical Pharmacology for Dental Professionals@ Ciancio Bourgault.M. Moderno 1990 3ra Ed. Cap V 424-428
- Pharmacological Basis of Therapeutics. Goodman y Gilman. Mc Graw Hill Internacional 1996. 9na Edición Cap IV 1141, 1193, 1247, 1265
- Farmacología: Velasco. Lorenzo. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 1993. 16 Ed. Cap 69 1140-1148
- Basic and Clinical Pharmacology: Bertram Katzung Ed. M. Moderno 1999 7ma Ed. 1073-1092
- Problem Drugs: Andrew Chetley. HAI Europe. Amsterdam. Ais-Lac 1995 263-285
- Farmacología Clínica WANN MACHER. Cardoso Ferreira. Ed. Koogan 1999. 2 da Ed. Cap 38 270-273
- AMA drugs evaluation, Philadelphia W.B. Saunders Co. 1986. 41-50
- Pharmacology Odontologique Pham Huy Rouviex Ed. Masson 1994 Cap VI 197-198
- Drugs information for the Health care provider. USPI DI 8 va Edición. OMS. OPS Información científica n° 525. 1989 Tomo I 1163. Tomo II: 1558-1559.
- Infecciones Orofaciales. Diagnóstico y Tratamiento. Bascones Martínez, Manso Platero. Ed. Avances Medico-dentales. 1994. 95-100, 111-115, 165-170, 212, 214,
- FABA (Federación Bioquímica de la Pcia de Buenos Aires.) Año XXVII N° 342. Pág 12.
- Indice de Medicamentos. Barbara Mc Van, Ed. M. Moderno. 5 ta Edic. 94, 95, 143, 270-272, 586, 904-905.