



Revisión

Manejo de psicofármacos en los trastornos por uso de sustancias durante el embarazo y la lactancia



Rodrigo Oraá^{a,b,*}, Maider Prieto^{b,c}, M. José Zardoya^d, José J. Uriarte^{b,e}, Pablo Malo^a, Juan Medrano^{b,f} y Luis Pacheco^{a,b}

^a Servicio de Psiquiatría, Comarca Bilbao, Red de Salud Mental de Bizkaia, Bilbao, España

^b BioCruces, Instituto de Investigación Sanitaria, Bilbao, España

^c Hospital de Zamudio, Red de Salud Mental de Bizkaia, Zamudio, España

^d Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitario de Cruces-Barakaldo, Osi Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces, Barakaldo, España

^e Unidad de Gestión Clínica, Red de Salud Mental de Bizkaia, Bilbao, España

^f Servicio de Psiquiatría, Comarca Ezkerraldea, Red de Salud Mental de Bizkaia, Bilbao, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de septiembre de 2017

Aceptado el 24 de octubre de 2017

Palabras clave:

Uso de sustancias

Uso de alcohol

Uso de opioides

Uso de tabaco

Terapia sustitutiva con nicotina

Embarazo

Lactancia

R E S U M E N

Se revisan las consecuencias del uso de sustancias y la seguridad de los fármacos indicados para el tratamiento del trastorno por uso de alcohol, nicotina y opioides durante el embarazo y la lactancia. El uso de sustancias tiene consecuencias nocivas para el feto y el lactante. A pesar de ello, un importante número de mujeres las consume. Los tratamientos pueden no ser fácilmente accesibles y las mujeres pueden ocultar su adicción por temor al estigma y las consecuencias legales. El conocimiento y adecuado uso de los psicofármacos indicados durante el embarazo y la lactancia puede ayudar a reducir los daños. Se recomienda interrumpir el uso de alcohol en cualquier momento del embarazo y prevenir las deprivaciones con benzodiazepinas. Aunque son deseables estudios de mayor calidad existen evidencias para considerar la terapia sustitutiva con nicotina y los agonistas opioides como medicaciones eficaces y seguras. En la mayoría de los casos se recomienda mantener la lactancia materna.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Todos los derechos reservados.

Management of psychotropic drugs for substance abuse disorders during pregnancy and breastfeeding

A B S T R A C T

A review is presented on the consequences of substance abuse and the safety of the drugs indicated for the treatment of alcohol, nicotine, and opioid use disorders during pregnancy and lactation. Drugs of abuse cause damage to the foetus and the infant. Despite this, a significant number of women still use them. Treatments may not be easily accessible, and women may hide their addiction, as they fear stigma or legal consequences. Knowledge and proper use of indicated psychoactive drugs during pregnancy and breastfeeding can help reduce damage. It is recommended to discontinue the use of alcohol at any time during pregnancy, and to prevent withdrawal symptoms with benzodiazepines. Although higher quality studies are desirable, there is evidence to consider Nicotine Replacement Therapy and opioid agonists as effective and safe medications. Breastfeeding is recommended in most cases.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. All rights reserved.

Keywords:

Substance abuse disorder

Alcohol use

Opioid use

Tobacco use

Nicotine replacement therapy

Pregnancy

Breastfeeding

Introducción

Está bien documentado que el uso de sustancias de abuso durante el embarazo y la lactancia supone un importante riesgo

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: RODRIGOJOAQUIN.ORAAGIL@osakidetza.eus (R. Oraá).

para el desarrollo del feto y el lactante. Este conocimiento, popularizado especialmente a partir del síndrome alcohólico fetal, y la especial disposición favorable a cambios vitales durante el periodo de embarazo ayudan a que el 70–90% de las madres abandone el alcohol y el consumo de sustancias ilícitas. Las fumadoras interrumpen el hábito tabáquico con menor frecuencia, en torno al 40%^{1,2}. Un estudio reciente realizado en Málaga muestra una prevalencia de consumo en cada uno de los trimestres del 21,2%, 18,5% y 13,3% para el tabaco; 40,7%, 23,1% y 17,1% para el alcohol y del 4,8%, 1,9% y 1,2% para el cannabis³. A las habituales dificultades para la prescripción de psicofármacos durante el embarazo pueden añadirse las barreras que sufren las mujeres para el acceso al tratamiento de sus afecciones adictivas producidas por el temor a la estigmatización, a las posibles consecuencias sobre la custodia de los hijos y el hecho de que los programas estén diseñados, básicamente, para hombres⁴. El dramático incremento en el consumo de opioides por mujeres embarazadas y síndromes de abstinencia neonatales en EE. UU. está generando una reafirmación de la necesidad de considerar los trastornos adictivos como enfermedades crónicas y de desarrollar aproximaciones terapéuticas multidisciplinarias apoyadas en evidencias^{5,6}. Considerando que la evidencia acumulada indica que la mayor parte de los psicofármacos son relativamente seguros, y que no utilizarlos puede suponer un mayor riesgo para la madre y el infante⁷, se expone un resumen de las consecuencias del uso de sustancias y la seguridad de los fármacos indicados para el tratamiento del trastorno por uso de alcohol, nicotina y opioides durante el embarazo y la lactancia.

Embarazo

Alcohol

El potencial teratógeno del alcohol está bien documentado⁸. Es una importante causa prevenible de defectos congénitos y deficiencia mental en países desarrollados. Atraviesa con facilidad la placenta y se elimina lentamente. Los efectos son variables y se relacionan con el momento del embarazo, la cuantía y el patrón de consumo, la edad materna, la variabilidad genética y la nutrición. Se ha asociado con un aumento en la frecuencia de abortos espontáneos durante el primer trimestre. Se desaconseja su uso, ya que no se ha identificado un umbral seguro. Se denomina síndrome alcohólico fetal a las alteraciones más comunes, graves y específicas: déficit de crecimiento prenatal y posnatal, estatura baja, retraso en el desarrollo, microcefalia, disfunción motora fina y dimorfismo facial. Se utilizan los términos «espectro alcohólico fetal» para definir presentaciones incompletas como bajo peso al nacer, retraso del crecimiento intrauterino, ligera reducción en el coeficiente intelectual de los lactantes y aumento de la tasa de anomalías congénitas. Los efectos en el neurodesarrollo pueden ocurrir a lo largo de todo el embarazo, sin necesidad de malformaciones⁹.

Se recomienda interrumpir completamente el consumo en cualquier momento del embarazo y considerar el uso de fármacos para prevenir privaciones complejas, aun sin datos de que se produzcan más frecuentemente en mujeres embarazadas, ya que el aclaramiento del alcohol durante el embarazo está acelerado y pueden suponer un importante riesgo para el feto. No se dispone de estudios que aborden específicamente la seguridad de las benzodiazepinas en el uso de dosis elevadas con retirada temprana, como suelen emplearse en otras desintoxicaciones del alcohol, pero haciendo una cuidadosa consideración de las posibles consecuencias de la privación y de su uso son los fármacos más utilizados¹⁰. Clometiazol, alternativa menos recomendada, es conocido por su uso cada vez menos frecuente como anticonvulsivo en eclampsia y preeclampsia, está clasificado por la ADEC en el grupo A y provoca efectos sedantes, hipotonía muscular y apnea en el

neonato¹¹. Se recomienda administrar vitamina B1 (tiamina), a dosis de 1,4 mg/día para evitar encefalopatías relacionadas con su déficit.

Disulfiram y carbimida son fármacos que inhiben el metabolismo de acetaldehído, producto intermedio en la eliminación hepática de etanol, provocando una reacción aversiva en caso de consumo de bebidas alcohólicas, que puede llegar a reacciones graves de hipotensión, desvanecimiento e incluso muerte. Ante el efecto aversivo que por sí supone el embarazo, el riesgo derivado de las reacciones descritas y algunas evidencias que relacionan su uso y la acumulación de acetaldehído con malformaciones, se desaconseja el uso de esta aproximación farmacológica durante el embarazo¹². También se desaconseja el uso de acamprosato, fármaco con efecto anticraving que actúa mediante una reducción de la transmisión glutamatérgica, ya que estudios animales han mostrado teratogenicidad con dosis similares a las usadas en humanos y no hay información disponible en mujeres embarazadas. El uso de los antagonistas opioides naltrexona y nalmefeno aumenta las dificultades para la analgesia. Existen menos de 300 casos conocidos de uso durante el embarazo de nalmefeno, indicado con la finalidad de reducir la cuantía de alcohol consumido, y que la FDA en su antigua clasificación situaba en la categoría B. Las evidencias acerca de la tolerancia y teratogenicidad de naltrexona parten de estudios no controlados en dependientes de opioides. No hay suficientes datos que aconsejen su uso, y solo se recomiendan cuando los beneficios sean muy evidentes, como casos en que el inicio es previo al embarazo.

Tabaco

Fumar y la exposición pasiva al humo son unos de los factores de riesgo modificables más importantes del embarazo, y se debería recomendar no fumar o reducir el consumo de tabaco a todas las mujeres embarazadas¹³. Se ha relacionado con complicaciones obstétricas y gestacionales, como la enfermedad inflamatoria pélvica y el riesgo de embarazo ectópico¹⁴, el desprendimiento prematuro de placenta, la rotura precoz de membranas y la pérdida de líquido amniótico¹⁵. Fumar aumenta un 23% el riesgo de aborto¹⁶. Se ha asociado a partos prematuros con efecto dosis-respuesta, con riesgos relativos aproximados de 1,5 a 2,5¹⁷. Incrementa el riesgo de malformaciones: hendiduras labiales o palatinas, gastrosquisis, atresia anal, defectos cardiacos, agenesia o hipoplasia renal bilateral y malformaciones en dedos y extremidades¹⁸. Se asocia a una reducción del peso del neonato de 200 g aproximadamente, efecto que se revierte en abandonos del consumo de tabaco en estadios tempranos de embarazo¹⁹. Los niños expuestos a nicotina se muestran más irritables y se aprecian alteraciones persistentes en el desarrollo en seguimientos hasta los 16 a 18 años, incluyendo menores capacidades lingüísticas, peor rendimiento cognitivo y dificultades para la atención y conducta²⁰. Cada vez hay más evidencias de que los hijos de fumadoras durante el embarazo tienen mayor propensión a desarrollar adicción a la nicotina en la edad adulta. Intervenciones dirigidas a que la mujer embarazada y sus familiares dejen de fumar podrían producir beneficios no solo para los padres, el feto y los hermanos, sino también para la transmisión familiar del hábito tabáquico, ahorrando la exposición a futuras generaciones²¹.

Las estrategias farmacológicas que han evidenciado eficacia para ayudar a dejar de fumar son la terapia sustitutiva con nicotina (TSN), bupropión y vareniclina. La TSN mediante su administración por otras vías —parches, chicles, spray nasal, comprimidos, inhaladores— mantiene niveles más bajos de nicotina que fumar y evita multitud de químicos que acompañan al tabaco. Una revisión que incluye 8 ensayos clínicos de uso de TSN acompañados de terapia de apoyo muestra un incremento de las cifras de éxito en un

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8816126>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8816126>

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