

Metadona y embarazo

M.R. Baena Luna y J. López Delgado

Centro de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones. Lebrija. Sevilla.

El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, por parte de mujeres en estado de gestación supone un alto riesgo para ellas mismas y para el feto.

Un elevado número de estos recién nacidos presentan bajo peso, prematuridad, síndrome de abstinencia neonatal, infección vertical por el virus de la inmunodeficiencia humana y virus de la hepatitis C (VHC), y problemas socio-familiares.

La metadona es un agonista opiáceo sintético que se emplea en el programa de mantenimiento durante el embarazo por diferentes motivos: evitar el síndrome de privación fetal, mantener a la embarazada alejada de la vía parenteral, facilitar el seguimiento del embarazo hasta el parto, estabilizar los hábitos de vida de la madre o detectar precozmente enfermedades en el feto.

No se recomienda retirar de forma brusca la heroína u otros opiáceos durante el embarazo, dado lo elevado del riesgo de producirse un aborto espontáneo o un parto prematuro, entre otras situaciones.

La dosis adecuada se calcula según los síntomas de abstinencia, la cantidad de droga consumida y el peso de la paciente. Cuando las circunstancias son favorables (historia toxicológica corta, apoyo familiar, ausencia de enfermedades infecciosas, etc.) puede intentarse la desintoxicación lenta con metadona, que debe llevarse a cabo durante el segundo mes de gestación y en medio hospitalario.

El caso que nos ocupa en este trabajo reúne una serie de condiciones que aconsejan el uso de la metadona durante todo el embarazo, con la correcta monitorización por parte de los terapeutas. Sin embargo, y ante la decisión e insistencia de la paciente, hubo de ser retirada de forma gradual como se describe a continuación hasta finalizar el programa de mantenimiento cinco meses antes del parto.

Palabras clave: metadona, embarazo, síndrome de abstinencia neonatal.

Legal and illegal drug consumption by pregnant women has a high risk for them and the fetus.

A high number of newborns have low weight, prematurity, neonatal abstinence syndrome, vertical HIV and HCV infection and social-family problems.

Methadone is a synthetic opiate agonist that is used in the maintenance program during pregnancy for different reasons: avoid fetal deprivation syndrome, maintain the pregnant subject away from using the parenteral pathway, facilitate follow-up of pregnancy to delivery, establish life habits of the mother or detect disease in the fetus early.

It is not recommended to suddenly withdraw heroin or other opiates during pregnancy, given the high risk of producing spontaneous abortion or premature delivery, among other situations.

Adequate dose is calculated according to abstinence symptoms, amount of drug consumed, and patient's weight. When the circumstances are favorable (short toxicological history, family support, absence of infectious diseases, etc.), an attempt may be made to disintoxicate slowly with methadone, that should be conducted during the second month of pregnancy and in the hospital setting.

In the case reported in this work, there are a series of conditions that advise the use of methadone during the entire pregnancy, with correct monitoring by the therapists. However, due to the decision and insistence of the patient, it had to be withdrawn gradually as described in the following until completing the maintenance program five months before delivery.

Key words: methadone, pregnancy, neonatal abstinence syndrome.

Correspondencia: M.R. Baena Luna.
Centro de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones.
C/ Antonio de Lebrija, n.º 7. 41740 Lebrija. Sevilla.

Recibido el 21-11-05; aceptado para su publicación el 10-04-06.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 32 años que se inició en el consumo de heroína y cocaína a los 26; también ingería psicofármacos de forma esporádica.

Fue incluida en un programa de mantenimiento con metadona en 1999 con una dosis estable inicial de 50 mg/día.

En mayo de 2002 se detectó manipulación inadecuada de la dosis por parte de la paciente y se modificó el programa: se prescribieron inicialmente 40 mg/día de metadona que irían disminuyendo a razón de 2,5 mg cada semana. De esta forma finalizó el tratamiento a mediados de septiembre de 2002, durante el cual manifestó en todo momento abstinencia a drogas ilegales y consumo esporádico de alprazolam, circunstancias ambas comprobadas mediante la realización de controles toxicológicos repetidos.

Se instaura de nuevo tratamiento con metadona en octubre de 2002 por reinicio del consumo de heroína; se ajustó una dosis estable en 20 mg/día según la cantidad de opiáceos consumidos y el peso de la paciente. Así permanece hasta febrero de 2003 en que se modifica el tratamiento: reducción de 2,5 mg/día cada dos semanas.

En marzo del mismo año y ante sintomatología sugerente, se practica una prueba de gestación que resultó positiva. Se encontraba en el segundo mes de embarazo y la dosis de metadona estaba en 15 mg/día.

La pareja de la paciente también se encontraba en tratamiento con metadona a dosis estables de 100 mg/día, que se modificó con posterioridad finalizando con éxito el programa al ser incluido en un recurso de reinserción sociolaboral. Se trataba de un paciente ex adicto a drogas por vía parenteral en tratamiento con antirretrovirales por su seropositividad para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); también presentaba anticuerpos frente al virus de la hepatitis C (VHC). De esta circunstancia se deduce que tanto la paciente como su compañero no solían atender a las indicaciones por parte de los terapeutas, ya que en todo momento fueron orientados hacia la toma de precauciones para prevenir un probable contagio del VIH. A pesar del consejo facultativo, ambos decidieron seguir adelante con el embarazo.

Se propuso mantener la metadona durante los nueve meses e incluso aumentar la dosis en el tercer trimestre según los protocolos vigentes. Sin embargo, la gestante manifestó que dejaría la metadona bruscamente por su cuenta, sin seguimiento médico. Ante esto, se decidió por parte del equipo terapéutico aumentar la frecuencia de las consultas; como mínimo se atendía a la paciente una vez a la semana, con análisis toxicológicos que arrojaban siempre resultados negativos para el consumo de sustancias.

En abril de 2003 se detectó una anemia leve que fue tratada con hierro por vía parenteral. A finales de abril concluyó el tratamiento con metadona.

La fecha prevista para el parto era el 21 de octubre de 2003; se produjo antes de término (5 de octubre) y se trataba de un recién nacido con peso adecuado (3.000 g) y sin síntomas de privación.

Se practicaron analíticas a la madre y al hijo en varias ocasiones (al nacimiento, a los seis meses y anuales posteriormente) con el objetivo de detectar una posible seroconversión de la madre y/o el hijo para el VIH. Hasta el momento madre e hijo están sanos.

DISCUSIÓN

Casi un 3% de mujeres embarazadas consume drogas ilegales, lo cual puede implicar la aparición de diferentes riesgos para el feto y la madre¹. Muchas de ellas también abusan de drogas legales tales como el alcohol y el tabaco, que también resultan peligrosas; por tanto, puede resultar difícil determinar la causa de los problemas de salud que estos recién nacidos pueden padecer.

Cuando una mujer embarazada consume heroína o cualquier otro opiáceo pueden aparecer serias complicaciones, entre las que se incluyen aborto espontáneo, desprendimiento de la placenta, crecimiento insuficiente del feto, rotura prematura de las membranas, parto prematuro y nacimiento sin vida del bebé^{2,3}.

Los recién nacidos suelen presentar problemas de salud derivados de la inmadurez al nacer y durante los primeros días de vida, que incluyen patología respiratoria y hemorragias cerebrales, que a veces llevan a incapacidades permanentes.

Mención aparte merece el síndrome de abstinencia después de nacer (síndrome de privación fetal) caracterizado por temblor, irritabilidad, diarrea, vómitos, llanto continuo y, ocasionalmente, convulsiones. Este cuadro aparece como consecuencia de la suspensión del aporte del opiáceo al feto tras el nacimiento, una vez que puede vivir fuera del útero materno.

Los bebés expuestos a opiáceos antes de nacer presentan además un riesgo diez veces mayor de sufrir síndrome de muerte súbita del lactante.

Más del 50% de estos recién nacidos presentan bajo peso al nacer.

Las mujeres embarazadas adictas a los opiáceos no deben abandonar el consumo de forma repentina, ya que aumentarían las posibilidades de aparición de serias complicaciones. Por ello, actualmente uno de los procedimientos más aconsejados es la terapia sustitutiva con metadona.

La metadona es un agonista opiáceo de origen sintético que se utiliza como analgésico y en el tratamiento de la dependencia de opiáceos, dentro de un programa de mantenimiento con control médico exhaustivo y en conjunto con otras medidas de tipo psicológico y social⁴.

El uso de metadona durante el embarazo ha ocasionado gran controversia; sin embargo, actualmente se considera el método más idóneo para el tratamiento de gestantes adictas a opiáceos por varios motivos: evitar la aparición de complicaciones en madre e hijo, facilitar el seguimiento hasta el parto, normalizar la vida de la embarazada, detectar precozmente enfermedades en el feto si las hubiere, etc.

Si ante un embarazo de estas características el terapeuta y la paciente deciden iniciar un programa de metadona, ambos han de tener en cuenta que el seguimiento debe ser casi exhaustivo. Se recomienda que el tratamiento se prolongue durante toda la gestación, e incluso aumentando la dosis en el tercer trimestre para alcanzar un nivel plasmático del fármaco que asegure la estabilidad de la paciente. La dosis correcta se calcula según los síntomas de abstinencia, la cantidad de droga consumida y el peso de la paciente⁵.

El caso objeto de este trabajo supone la excepción que confirma la regla. A pesar de los protocolos vigentes y de las indicaciones del terapeuta, la paciente decidió de forma voluntaria interrumpir el tratamiento con metadona por temor a que su hijo padeciera un síndrome de privación fetal. Esta circunstancia obligó al equipo terapéutico al completo a establecer la frecuencia de las consultas en al menos una a la semana, con la realización de controles toxicológicos en cada una de ellas. Se planteó la modificación de dosis de metadona dada la insistencia de la paciente en hacerlo sin el consentimiento del facultativo de una forma irregular y también en función de su buena evolución (controles toxicológicos con frecuencia semanal y resultados reiteradamente negativos para el consumo de sustancias). La paciente se comprometió por escrito a asistir a las consultas siempre que fuera requerida.

Se partía de una dosis de 15 mg diarios de metadona. Las posibilidades de modificar dicha dosis eran dos: reducir 2,5 mg cada semana o cada dos semanas, según los protocolos en vigor a nivel ambulatorio; se optó por la última pauta de reducción más lenta para evitar en la medida de lo posible un síndrome de abstinencia intenso en el feto. De esta forma, el tratamiento concluiría al cabo de los tres meses, es decir, en el quinto mes de gestación y, por tanto, las posibilidades de aparición de un síndrome de privación en el neonato serían prácticamente nulas. Según manifesta-

ba la paciente, recurría de forma ocasional al alprazolam para paliar la ansiedad que padecía, en ningún momento bajo indicación o control del terapeuta de referencia.

El recién nacido no presentaba síntomas de abstinencia y su peso estaba dentro de los rangos de la normalidad (3.000 g). Sin embargo, el parto se produjo veinte días antes de lo previsto.

El seguimiento de la unidad familiar (padre, madre e hijo) se sigue manteniendo actualmente. Ni la madre ni el niño presentan anticuerpos frente al VIH ni frente al VHC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Echevarría Lecuona J. Drogas en el embarazo y morbilidad neonatal. *An Pediatr.* 2003;58:519-22.
2. Martín Mardomingo MA, Solís Sánchez G, Málaga Guerrero S, Cuadrillero Quesada C, Pérez Méndez C, Matesanz Pérez JL. Consumo de drogas durante el embarazo y morbilidad neonatal: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años. *An Pediatr.* 2003;58:574-9.
3. Vázquez ME, Cerdón C, de Hoyos C, Aragón MP. Síndrome de privación neonatal a metadona. *Bol Pediatr.* 1997;37:34-9.
4. Rodríguez Ruiz IM, Bulo Concellón MP, de Tapia Barrios JM, Meléndez Bellido E, Casanova Bellido M. Tratamiento con metadona durante el embarazo: repercusión en el recién nacido. *Rev Esp Pediatr.* 2001;57:299-304.
5. Comisionado para la droga. Consejería de Salud y Servicios Sociales de la Junta de Andalucía. Plan Andaluz sobre Drogas. 1ª ed. 1988. p. 11-30.