

**Policy Brief**

Revised Julio 2017

# Tratamiento del trastorno por consumo de opioides durante el embarazo

---

## Riesgos del consumo de opioides durante el embarazo

**Un trastorno por consumo de opioides que no recibe tratamiento durante el embarazo puede tener consecuencias devastadoras para el bebé por nacer.** Los niveles fluctuantes de opioides en la madre pueden exponer al feto a períodos repetidos de abstinencia, lo que puede afectar negativamente la función de la placenta.<sup>1,2</sup>

Otros riesgos físicos directos incluyen:<sup>1-3</sup>

- síndrome de abstinencia neonatal
- retraso en el crecimiento
- parto prematuro
- convulsiones fetales
- muerte del feto

Otros riesgos indirectos para el feto incluyen:

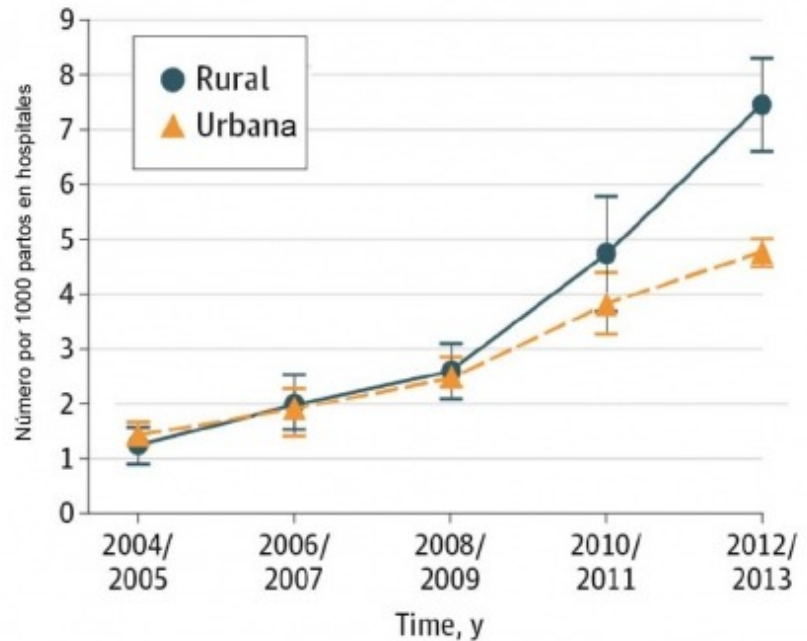
- mayor riesgo de infección maternal (por ejemplo, VIH, hepatitis B, hepatitis C)<sup>4</sup>
- malnutrición y cuidado prenatal deficiente<sup>3</sup>
- peligros derivados de la búsqueda de drogas (por ejemplo, violencia y encarcelación).<sup>1,3</sup>

## ¿Qué es el síntoma de abstinencia neonatal?

**El síntoma de abstinencia neonatal (SAN) ocurre cuando un bebé se vuelve**

**dependiente de los opioides o de otras drogas que la madre consume durante el embarazo.** El niño experimenta síntomas de abstinencia que pueden incluir, entre otros, temblores, diarrea, fiebre, irritabilidad, convulsiones y dificultad para alimentarse.<sup>5</sup>

El SAN casi se quintuplicó entre los años 2000 y 2012<sup>6,7</sup>, en coincidencia con el aumento de los índices de prescripción de opioides a mujeres embarazadas.<sup>8,9</sup>



Tasas de S.A.N. están creciendo más rápidamente en las zonas rurales.

Fuente: Villapiano NLG, Winkelman TNA, Kozhimannil KB, Davis MM, Patrick SW. Rural and Urban Differences in Neonatal Abstinence Syndrome and Maternal Opioid Use, 2004 to 2013. JAMA Pediatr. 2017;171(2):194-196. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.3750.

## Soluciones impulsadas por la *ciencia*

### Tratamiento basado en la investigación

Se ha demostrado que tanto la buprenorfina como la metadona son tratamientos eficaces e inocuos para el trastorno por consumo de opioides durante el embarazo.<sup>11</sup> Si bien el SAN puede

de todos modos ocurrir en bebés cuyas madres recibieron estos fármacos, es menos intenso que si no se hubiera efectuado tratamiento.<sup>10,12</sup> La investigación no respalda la reducción de las dosis de medicamentos para evitar el SAN, ya que eso podría derivar en el mayor consumo de drogas ilícitas y el consecuente mayor riesgo para el feto.<sup>2</sup>

## Metadona versus buprenorfina

Un metaanálisis reciente mostró que la metadona está asociada con mayor permanencia en el tratamiento. No obstante, la buprenorfina produjo los siguientes resultados:<sup>10</sup>

- reducción del 10 % en la incidencia del síndrome de abstinencia neonatal (SAN)
- reducción de 8.46 días en el tratamiento neonatal
- 3.6 mg menos de morfina necesarios para tratar el SAN.

Las pacientes deben trabajar con su médico para determinar qué fármaco es el mejor en cada caso.

## La lactancia durante el tratamiento

Si bien la lactancia es generalmente baja entre las madres con trastorno por consumo de opioides,<sup>11</sup> los estudios han descubierto que amamantar al bebé puede reducir la estadía en el hospital y la necesidad de tratar con morfina a los bebés. A menos que existan preocupaciones médicas específicas (por ejemplo, infección por VIH en la madre), alentar a las madres a que amamenten y envuelvan en sus brazos a sus hijos recién nacidos puede aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia neonatal en los pequeños y mejorar la conexión entre madre e hijo.<sup>1,2,13</sup>

## La metadona y la buprenorfina pueden tratar eficazmente el trastorno por consumo de opioides durante el embarazo

La metadona se ha usado para tratar a mujeres embarazadas con trastorno por consumo de opioides desde la década de 1970, y para 1998 su uso estaba reconocido como práctica estándar.<sup>1,4</sup> Desde entonces, los estudios han demostrado que la buprenorfina también es una opción eficaz de tratamiento.<sup>10</sup> Tanto el American College of Obstetricians and Gynecologists como la American

Society of Addiction Medicine apoyan el tratamiento con metadona y buprenorfina como la mejor práctica para el trastorno por consumo de opioides durante el embarazo.<sup>1</sup>

**Beneficios del tratamiento durante el embarazo.** El tratamiento con metadona o buprenorfina mejora el desenlace en los recién nacidos de las siguientes maneras:

- estabiliza los niveles de opioides en el feto y reduce la repetición de la abstinencia prenatal;<sup>2</sup>
- conecta a la madre con tratamientos para las enfermedades infecciosas (por ejemplo, VIH, hepatitis B, hepatitis C), lo que reduce la probabilidad de transmisión al bebé por nacer;<sup>1,3,4</sup>
- provee oportunidad para un mejor cuidado prenatal;<sup>1,3</sup>
- mejora los resultados de salud a largo plazo para la madre y para el niño.

En comparación con mujeres embarazadas sin tratamiento, las que recibieron tratamiento con metadona o buprenorfina tuvieron hijos con:<sup>10,12</sup>

- menos riesgo de SAN
- SAN más leve
- tratamiento menos prolongado
- mayor edad gestacional, peso y circunferencia cefálica al nacer.

## La ciencia impulsada por *soluciones*

### Prescribir más tratamientos

Estudios financiados por el NIDA están evaluando las barreras y los facilitadores clave de la prescripción de metadona y buprenorfina a las mujeres embarazadas. Entre los proyectos en curso se encuentran:

- validar herramientas confiables de detección para identificar a las mujeres embarazadas que necesitan tratamiento;
- analizar el desenlace de los bebés para facilitar la selección informada de medicamentos

para el trastorno por consumo de opioides durante el embarazo; y

- evaluar las intervenciones conductuales para el consumo indebido de opioides durante el embarazo.

## Mejorar las estrategias de tratamiento

El tratamiento con metadona o buprenorfina conlleva cierto riesgo de SAN. Las dosis divididas de metadona —tomar dosis más pequeñas con mayor frecuencia— reducen la exposición del feto a períodos de abstinencia. El síndrome de abstinencia neonatal en los bebés de madres tratadas con dosis divididas de metadona es menos intenso.<sup>16</sup> Actualmente, un estudio financiado por los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) está examinando la buprenorfina durante el embarazo y cómo mejorar los regímenes de dosificación del fármaco.

## Mejorar la participación en el tratamiento

- El estigma y los prejuicios de los proveedores de atención médica pueden hacer que el consumo de drogas se subreporte y que la dosificación de medicamento sea insuficiente, lo que a menudo tiene como resultado la demora del tratamiento o la prescripción de tratamientos ineficaces.<sup>14,15</sup>
- Dieciocho estados clasifican como abuso infantil el consumo de drogas de la madre, y tres estados lo consideran motivo de hospitalización involuntaria, lo que desincentiva la búsqueda de tratamiento por parte de las madres.<sup>5</sup>
- Las mujeres a quienes se les permite permanecer con sus hijos durante el tratamiento son más propensas a iniciar tratamiento y mantener la abstinencia.<sup>14</sup>

**Fomentar el acceso al tratamiento.** Los proveedores de seguro médico que cubren el tratamiento de trastornos por consumo de drogas están obligados a proveer cobertura equivalente a la que proporcionan para otros trastornos de salud. Visite el [sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos](#) (en inglés) para obtener información adicional sobre la paridad de protecciones y la ayuda de los seguros para los servicios de adicción o salud mental.

## ¿Dónde puedo obtener más información?

Si usted o una mujer que usted conoce está embarazada y tiene un trastorno por consumo de opioides:

- Pregúntele a su médico sobre las opciones de tratamiento.
- Para identificar servicios de tratamiento en su área, consulte el [localizador de tratamientos de SAMHSA](#) y la página de [búsqueda de centros de salud de HRSA](#) (ambos en inglés).
- Visite las siguientes páginas del NIDA: [SAN](#) (en inglés), [La heroína y el embarazo](#) y [Tratamientos eficaces para la adicción a los opioides](#) (en inglés). Visite también la página de SAMHSA [sobre el síndrome de abstinencia neonatal](#) (en inglés).

## Referencias

1. [ACOG & ASAM. Obstet Gynecol \(2012\).](#)
2. [Kaltenbach K, et al. Obstet Gynecol Clin North Am \(1998\).](#)
3. [Center for Substance Abuse Treatment. TIP Series 43 \(2005\).](#)
4. [National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. JAMA \(1998\).](#)
5. [Ko JY, et al. MMWR \(2017\).](#)
6. [Patrick SW, et al. JAMA \(2012\).](#)
7. [Patrick SW, et al. J Perinatol \(2015\).](#)
8. [Epstein RA, et al. Ann Epidemiol \(2013\).](#)
9. [Tolia VN, et al. NEJM \(2015\).](#)
10. [Brogly SB, et al. Am J Epidemiol \(2014\).](#)
11. [Jones HE, et al. NEJM \(2010\).](#)
12. [Fajemirokun-Odudeyi O, et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol \(2006\).](#)
13. [Klaman SL, et al. J Addic Med \(2017\).](#)
14. [OWH. White Paper: Opioid Use, Misuse, and Overdose in Women \(2016\).](#)
15. [Thigpen J & Melton ST. J Ped Pharm Ther \(2014\).](#)
16. [McCarthy JJ, et al. J Addict Med \(2015\).\(link is external\)](#)

*Esta publicación está disponible para su uso y puede ser reproducida **en su totalidad** sin pedir autorización al NIDA. Se agradece la citación de la fuente de la siguiente manera: Fuente: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas; Institutos Nacionales de la Salud; Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.*

**Chart legends:**

Rural = Áreas rurales

Urban = Áreas urbanas

Time, y = Años, y

No. per 1000 Hospital Births = N.º por 1000 nacimientos en hospital

Rates of NAS are growing faster in rural áreas = Los índices de SAN están aumentando más rápidamente en áreas rurales