

# Metadona y lactancia materna

María Esther Merino Ortega\*, María Aurora Gallego Gallero\*\*, Matilde Calero Medina\*\*\*, Cristóbal Rengel Díaz\*\*\*\*, Mercedes Mena García\*\*\*\*\*, Ana Ruiz Díaz\*\*\*\*\*

*\*Enfermera Interno-Residente Obstétrico-Ginecológica en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Fisioterapeuta.  
\*\*Enfermera Interno-Residente Obstétrico-Ginecológica en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. \*\*\*Auxiliar de Enfermería en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. \*\*\*\*Matrona en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Asociado del Departamento de Enfermería de la Universidad de Málaga. \*\*\*\*\*Matrona en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria.*

## Introducción

Ha existido controversia en relación a la compatibilidad o no de la lactancia materna (LM) en mujeres en tratamiento con metadona, pues hasta 2001, no estaba claro, pues según determinadas bibliografías, estaba contraindicada por la creencia de que podría perjudicar al recién nacido (RN). Esto ha impedido que la mayoría de las mujeres bajo tratamiento de mantenimiento con metadona pudiese amamantar ya que el paso de esta sustancia a la leche materna podría ser tóxico para el bebé, debido a la incertidumbre por parte de la madre y de los profesionales de la salud, de saber si era perjudicial o no para ese recién nacido. Sin embargo, recientes estudios no muestran un efecto perjudicial para el RN, sino que por el contrario, ayudaría al RN a no desarrollar el síndrome de abstinencia neonatal.

## Objetivo

Realizar una revisión exhaustiva del estado actual del conocimiento acerca de la contraindicación o no, de la lactancia materna (LM) a recién nacidos (RN) de madres en tratamiento de deshabitación a la heroína.

## Método

Búsqueda sistemática a través del metabuscador Gerión de la Conserjería de Salud de la Junta de Andalucía, que consulta las bases de MEDLINE, EMBASE, SCIELO, CUIDEN, PUBMED, LILACS, etc. Y búsqueda en bases de datos COCHRANE, utilizando como palabras clave: metadona, lactancia materna, drogas, opiáceos.

## Resultados

El síndrome de abstinencia ocasionado por la metadona no ocurre inmediatamente después del parto, sino a partir de las 48 o 72 horas (más tardíamente que con la heroína), con unas manifestaciones clínicas en el RN.

Recientes estudios concuerdan en que la transferencia de metadona a la leche humana es mínima (media de 2,8% de dosis en dosis elevadas de metadona en madres de promedio de 80 mg). Esta pequeña transferencia, lejos de provocar riesgo en el RN, combatiría el síndrome de abstinencia neonatal, disminuyendo los días de hospitalización, comparándolos con los RN alimentados de fórmula. El principal inconveniente es que algunas madres en tratamiento con metadona, presentan asociada una gran comorbilidad (patologías infecciosas, psiquiátricas,...etc.), que hace que estén polimedicadas, teniendo que valorar los casos individualmente.

## Conclusión

Todo ello pone de manifiesto que la LM parece ser segura durante el tratamiento de la metadona, tanto para los RN, como para las madres, mejorando el síndrome de abstinencia neonatal, y favoreciendo la unión y el apego.

**Palabras clave:** metadona, lactancia materna, drogas, opiáceos.

**Titulo:** methadone and breastfeeding: literature review

## Abstrac

Introduction: There has been controversy regarding the compatibility or otherwise of breastfeeding (BF) among women in methadone treatment, because until 2001, it was not clear, because according to certain bibliographies, was contraindicated by the belief that could harm the baby (RN). This has prevented most women on methadone maintenance treatment could breastfeed since the passage of this substance in breast milk may be toxic to the baby, due to uncertainty on the part of the mother and the professionals health, whether it was harmful or not

for that newborn. However, recent studies show a detrimental effect on the infant, but on the contrary, does not help the RN to develop neonatal abstinence syndrome. Objective: Conduct a comprehensive review of the current state of knowledge about the contraindication or not breastfeeding (LM) to newborn (NB) of mothers in treatment for addiction to heroin.

Method: systematic search through the Concierge Geryon metasearch Health Andalusian, consulting bases MEDLINE, EMBASE, SCIELO CUIDEN, PUBMED, LILACS, etc. And search COCHRANE databases, using as keywords: Methadone, breastfeeding, drugs, opiates. Results: The withdrawal syndrome caused by methadone does not occur immediately after birth, but after 48 or 72 hours (much later than with heroin), with clinical manifestations in RN.

Recent studies agree that methadone transfer is minimal human milk (mean dose of 2.8% in high dose of methadone mothers average 80 mg). This small transfer, far from causing risk in RN, would combat the Neonatal abstinence syndrome, reducing hospital days, compared with formula-fed newborns. The main drawback is that some mothers on methadone, have associated a large comorbidity (infectious diseases, psychiatric, ... etc..). Which makes them polimedicadas, having to assess individual cases. Conclusion: all this shows that the LM appears safe during methadone treatment for both RN and for mothers, improving neonatal abstinence syndrome, and favoring the union and attachment.

**Key words:** Methadone, breastfeeding, drugs, opiates.

## Introducción

Los tratamientos de mantenimiento con metadona han demostrado su elevada eficacia y efectividad, siendo en la actualidad el tratamiento más utilizado para el abordaje terapéutico del trastorno por adicción a la heroína, el cual es considerado un problema contra el que hay que luchar, más aún tratándose de mujeres en edad fértil.

Hasta 2001, estudios estadounidenses<sup>2</sup> afirmaban que el uso de la metadona sólo era compatible con la lactancia materna si se administraba a la madre 20 mg cada 24 horas. Incluso, un artículo de la Academia Americana de Pediatría<sup>3</sup>, aconseja el cese total de la lactancia materna si la madre está consumiendo cualquier tipo de fármaco que pueda transferirse a la leche.

La metadona impidió que la mayoría de las mujeres bajo tratamiento de mantenimiento con metadona pudiese amamantar, debido a las elevadas dosis que usualmente se prescriben en el tercer trimestre a fin de contrarrestar el aparente incremento del metabolismo de la metadona durante el embarazo.

## Objetivo

### Principal:

-Considerar si es compatible la LM en mujeres que están en tratamiento con metadona.

### Secundarios:

-Conocer si existe dosis límite con la cual es o no compatible.

-Valorar qué riesgos existirían tanto para el recién nacido (RN) como para la madre.

-Valorar si aporta beneficios tanto para el RN como para la madre el amamantarlo durante el tratamiento con metadona.

-Reconocer las manifestaciones del síndrome de abstinencia por privación en el RN.

## Método

Revisión bibliográfica a través del metabuscador Gerión de la Conserjería de Salud de la Junta de Andalucía, que consulta las bases de MEDLINE, EMBASE, SCIELO, CUIDEN, PUBMED, LILACS, etc. Y búsqueda en bases COCHRANE.

## Discusión

En primer lugar, el éxito de los programas de deshabituación con metadona radica en un mejor control de la embarazada<sup>4</sup>, lo que implica mejor atención por parte de los profesionales sanitarios.

Según la Asociación Española de Pediatría (AEP), el síndrome de abstinencia ocasionado por la metadona no ocurre inmediatamente después del parto. En el período neonatal precoz, debido a la transferencia del fármaco a la placenta, los niveles de metadona en el/la lactante son similares a los observados en el útero y comienzan a disminuir paulatinamente a causa de la larga semivida del fármaco. Por consiguiente, los síntomas de abstinencia no comienzan hasta las 48 o 72 posteriores al nacimiento y con manifestaciones clínicas entre el 3º y 4º día (a diferencia de la heroína en la que estos síntomas aparecen en las primeras 24 horas). Aunque los síntomas en el RN dependerán

de la dosis y del tiempo transcurrido entre la última dosis tomada en el anteparto.

Las manifestaciones principales del Síndrome de abstinencia en RN serían: irritabilidad, alteraciones del sueño, tremulaciones, convulsiones, rechazo de la toma, saliveo, vómito, diarrea, fiebre, polipnea, etc.<sup>2</sup> Es importante efectuar una valoración periódica.

Recientes estudios<sup>4,5,6,7</sup>, concuerdan en que la transferencia de la metadona a la leche humana es mínima. Begg y colaboradores<sup>8</sup> examinaron la transferencia de este fármaco a la leche humana en mujeres que se encontraban recibiendo dosis de metadona medias a elevadas (dosis promedio: 80 mg) y hallaron que la dosis infantil media relativa era el 2,8% de la dosis materna.

Tal como prueban los estudios<sup>9,10,11</sup>, la LM, no sólo no comporta riesgo, sino que tendría un efecto beneficioso en estos niños, en los que mejora la evolución del síndrome de abstinencia neonatal y disminuye los días de hospitalización, comparándolos con los RN alimentados con fórmula.

Otro estudio<sup>12</sup>, no sólo considera que la LM mejora los síntomas del síndrome de abstinencia neonatal, sino que también ayuda a mantener a la madre y al bebé juntos, lo que conduce a una mejor unión, favoreciendo el apego.

En algunos bebés se ha presentado un síndrome de abstinencia tras la supresión de la alimentación al pecho, lo que deberá tenerse en cuenta para decidir una

eventual sustitución de la lactancia materna.

Actualmente, y en nuestro país, según la página web de compatibilidad de lactancia materna con medicamentos y otros productos, realizada por el Servicio de Pediatría del Dr. Paricio en el Hospital Marina Alta en Alicante<sup>13</sup>, se ha eliminado cualquier restricción de dosis de metadona, pudiendo administrarse conjuntamente con la LM.

El principal inconveniente con el que contamos es que algunas de las madres en tratamiento con la metadona, presentan asociada una gran comorbilidad, especialmente patologías infecciosas (infección por VIH y sida, hepatitis B y C, TBC...) y psiquiátricas (trastornos de la personalidad, ansiedad, desórdenes afectivos y psicóticos), lo que hace que estén polimedicadas<sup>14</sup> y tengan que ser considerados los casos de forma individualizada.

## Conclusión

En definitiva, la LM parece ser segura durante el tratamiento con metadona, siempre que no se utilicen otras sustancias y no padezcan infecciones que la contraindiquen. No sólo podrían beneficiarse los hijos, sino que las madres serían vistas como esenciales para el cuidado de sus hijos, favoreciendo la unión y el apego.

## Bibliografía

1. Beseler B, et al. Medicamentos, plantas, tóxicos, enfermedades y lactancia: una ayuda en español en Internet. *Acta Pediatr Esp.* 2006; 64: 337-344.
2. Echeverría J. Drogas en el embarazo y morbilidad neonatal. *Anales de Pediatría (Barc)* 2003; 58 (6):519-22.
3. Committee on Drugs. The Transfer of Drugs and Other Chemicals Into Human Milk. *Pediatrics.* 2001; 108:776-789.
4. Ortigosa et al. Consumo de drogas durante la gestación y su repercusión neonatal. Análisis de los periodos 1982-1988 y 2002-2008. *Med Clin (Barc).* 2011; 136(10):423-430.
5. Paricio Talayero JM. Medicamentos, enfermedades y lactancia, una ayuda en español en internet. AEP Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 237-245.
6. Jansson, L. et al. Methadone Maintenance and Breastfeeding in the Neonatal Period. *Pediatrics.* 2008;121:106.
7. Jansson L.. et al. Methadone Maintenance and Long-Term Lactation. *Breastfeed Med.* 2008 March; 3(1): 34-37.

8. Begg EJ, Malpas TJ, Hackett LP, Ilett KF. Distribution of R- and S-methadone into human milk during multiple, medium and high oral dosing. *Br J Clin Pharmacol.* 2001; 52:681-685.
9. Philipp BL, Merewood A, O'Brien S. Methadone and breastfeeding: new horizons. *Pediatrics.* 2003; 111: 1.429-1.430.
10. Díaz N.M. ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna? *Acta Pediatr Esp.* 2005; 63: 321-327.
11. Dryden C, et al. Maternal methadone use in pregnancy: factors associated with the development of neonatal abstinence syndrome and implications for healthcare resources. *BJOG.* 2009; 116:665-671.
12. Lambert R et al. Methadone-treated mothers: pregnancy and breastfeeding. *British Journal of Midwifery.* 2009; 17 (10):654-65.
13. Web de compatibilidad de la lactancia materna con medicamentos y otros productos. Realizada por el Servicio de Pediatría del Dr. Paricio en el Hospital Marina Alta en Alicante. Disponible en <http://www.lactancia.org>.
14. Ramírez J. El ciclo vital, la clínica y las interacciones farmacológicas en la prescripción de la metadona. SPDA. Huelva.