

Protocolo clínico de la ABM n.º 21: Pautas para la lactancia y el consumo de sustancias o trastorno por consumo de sustancias, revisado en 2015

Sarah Reece-Stremtan,^{1,2} Kathleen A. Marinelli,^{3,4} y la Academia de Medicina de Lactancia Materna

Un objetivo central de la Academia de Medicina de Lactancia Materna es la elaboración de protocolos clínicos para manejar problemas médicos comunes que podrían afectar el éxito de la lactancia materna. Estos protocolos sirven tan solo como pautas para la atención de madres que amamantan y de los bebés, y no delinean un curso de tratamiento exclusivo ni ofician de estándares de atención médica. Tal vez sean adecuadas algunas variaciones en el tratamiento según las necesidades de cada paciente en particular.

Propósito

LA OPCIÓN DE AMAMANTAR de una mujer embarazada o recién parida con antecedentes de abuso pasado o actual de drogas o de consumo o mal uso de sustancias legales representa un desafío por varios motivos. El propósito de este protocolo es proporcionar pautas basadas en la bibliografía para la evaluación y el manejo de las mujeres consumidoras de sustancias o con un trastorno por consumo de sustancias que estén teniendo en cuenta la lactancia.

Antecedentes

El consumo de drogas y el uso o abuso de sustancias legales sigue siendo un problema grave entre las mujeres en edad de tener hijos. La encuesta nacional sobre consumo de drogas y salud de 2013 reveló que, entre las mujeres embarazadas de entre 15 y 44 años de edad en Estados Unidos, el 5.2% había consumido drogas durante el último mes, 9.4% reportó consumir alcohol estando embarazadas, el 0.4% reportó consumir un exceso de alcohol durante el embarazo y el 15.4% reportó haber fumado cigarrillos durante el último mes¹.

El profesional sanitario que atiende a una mujer embarazada o recién parida con antecedentes actuales o pasados de abuso de drogas o consumo o mal uso de fármacos que desea amamantar a su hijo suele enfrentarse a múltiples desafíos importantes. Los trastornos por consumo de sustancias con frecuencia engendran conductas o situaciones que de manera independiente representan un riesgo para el bebé lactante, además de la exposición misma a las drogas. Estas madres podrían tener factores de riesgo coexistentes tales como nivel socioeconómico bajo (si bien el consumo de sustancias atraviesa todas las franjas socioeconómicas), niveles de educación bajos, mala nutrición y poca o ninguna atención prenatal. Es común el consumo de múltiples drogas, además del uso de otras sustancias legales nocivas como el tabaco y el alcohol. Las drogas suelen mezclarse y

estirarse con adulterantes peligrosos que pueden representar más amenazas para la salud de la madre y del bebé. Los consumidores de drogas corren alto riesgo de contraer infecciones tales como virus de inmunodeficiencia humana o hepatitis B y C. Los trastornos psiquiátricos que requieren de intervención farmacológica son más prevalentes entre personas que consumen sustancias, haciendo que la lactancia sea una opción aún más complicada, ya que probablemente no sea recomendable para las mujeres que toman determinados medicamentos psicotrópicos.

Pese a la infinidad de factores que harían que la lactancia sea una opción difícil para las mujeres con trastornos por consumo de sustancias, los bebés expuestos a las drogas, que corren un alto riesgo de padecer una amplia gama de problemas médicos, psicológicos y del desarrollo, al igual que sus madres, se beneficiarán significativamente de la lactancia. Si bien muchos de los factores antemencionados podrían representar un riesgo para el bebé, los beneficios documentados de la leche materna y de la lactancia deben sopesarse minuciosamente y con mucha reflexión contra los riesgos asociados con la sustancia al que podría resultar expuesto el bebé durante la lactancia. Para confundir los muchos esfuerzos por examinar los resultados del desarrollo a largo plazo en bebés expuestos a algunas sustancias está la falta de datos que evalúen a los bebés no expuestos durante el embarazo sino únicamente durante la lactancia.

Lo ideal es que las mujeres con trastornos por consumo de sustancias que tengan un bebé y deseen amamantarlo se involucren en un tratamiento integral de atención médica y por abuso de sustancias durante el embarazo, pero no siempre es este el caso. El tratamiento por abuso de sustancias para estas mujeres con frecuencia no está disponible, no es específico para su género y no es integral, lo que obliga al profesional sanitario a cargo de la madre, durante y después del embarazo, a confiar en los informes personales de la madre y a confiar en el “mejor pronóstico” en cuanto a la idoneidad de los servicios, el cumplimiento del tratamiento, el

¹ Divisions of Pain Medicine and of Anesthesiology, Sedation, and Perioperative Medicine, Children’s National Health System, Washington, D.C.

² The George Washington University, Washington, D.C.

³ Division of Neonatology and The Connecticut Human Milk Research Center, Connecticut Children’s Medical Center, Hartford, Connecticut.

⁴ University of Connecticut School of Medicine, Farmington, Connecticut.

período de tiempo en que se mantienen “limpias”, los sistemas de apoyo comunitario, etc. En un estudio retrospectivo reciente en el Reino Unido, se observaron índices de lactancia significativamente inferiores en madres que consumieron drogas o terapia de mantenimiento con opiáceos durante el embarazo (14% contra el 50% de la población general)². En Noruega, entre las mujeres dependientes de opiáceos sometidas a terapia de mantenimiento con opiáceos, el 7% (en comparación con el 98% de la población general) inició la lactancia después del parto³.

Los términos específicos utilizados para describir el uso y el uso incorrecto de varias sustancias, tanto legales como ilegales, siguen evolucionando y podrían variar de un país a otro y entre distintas organizaciones. La 5.ª edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales combina las categorías previas de abuso de sustancias y dependencia de sustancias en la categoría única de trastorno por consumo de sustancias, lo que se mide en continuidad desde leve hasta grave⁴.

Cabe destacar que nos gustaría dejar en claro que es preciso que las mujeres embarazadas y que amamantan eviten las drogas de todo tipo, salvo que se las hayan recetado por afecciones médicas específicas. El consumo casual de drogas, ya sean legales, ilegales o en dosis adecuadas o no, podría de todos modos tener ramificaciones para el feto en desarrollo y para el bebé que aún no hemos determinado y, por consiguiente, se deben evitar todos los tipos de drogas salvo que exista una real necesidad médica.

Sustancias específicas

Tal vez el desafío más crítico al que se enfrenta el profesional médico que trata a una mujer con un trastorno por consumo de sustancias que desea amamantar es la falta de investigación que conduzca a pautas basadas en evidencia. La Tabla 1 incluye dos sitios web en línea, uno en inglés y otro en inglés y en español, que se mantienen actualizados y son de fácil acceso para obtener información vigente sobre las drogas y la lactancia. Se han realizado varias revisiones exhaustivas sobre la lactancia entre mujeres consumidoras de sustancias y esencialmente se llegó a la conclusión de que, en general, la lactancia está contraindicada en madres que consumen drogas⁵⁻⁸. (III) (La calidad de la evidencia [niveles de evidencia I, II-1, II-2, II-3 y III] se basa en el Anexo A de las Calificaciones de los grupos de trabajo del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU.⁹ y se menciona en todo este protocolo entre paréntesis.) Aún así, la investigación sobre cada una de las drogas de abuso sigue siendo insuficiente y es difícil de llevar a cabo. Los datos farmacocinéticos de la mayoría de las drogas en mujeres que amamantan son escasos y se basan en pequeñas cantidades de sujetos e informes de casos⁷. La mayoría de las drogas están presentes en la leche materna, con distintos grados de biodisponibilidad oral⁷. El clorhidrato de fenciclidina se ha detectado en la leche materna en altas concentraciones¹⁰, al igual que la cocaína¹¹, lo que lleva a una intoxicación del bebé¹². Hay poco o nada de evidencia que describa los efectos incluso de

cantidades pequeñas de otras drogas o de sus metabolitos en la leche materna sobre el desarrollo del bebé, aparte de los que se comentan más adelante.

Metadona

Para las mujeres embarazadas y puérperas bajo tratamiento por dependencia de opiáceos, el mantenimiento con metadona ha sido el tratamiento de elección en Estados Unidos, Canadá¹³ y muchos otros países. A diferencia de otras sustancias, las concentraciones de metadona en la leche materna y los efectos sobre el bebé sí se han estudiado. Las concentraciones de metadona encontradas en la leche materna son bajas, y todos los autores han llegado a la conclusión de que se debe fomentar la lactancia entre las mujeres sometidas a dosis estables de mantenimiento con metadona si así lo desearan, independientemente de la dosis de metadona materna^{3,14-22}. (II-1, II-2, II-3) Anteriormente, no se había reportado ningún efecto aparente de exposición prenatal ni en la leche materna a la metadona en el neurocomportamiento de los bebés a los 30 días de vida¹⁹. Recientemente, un estudio de seguimiento longitudinal en proceso de bebés expuestos a la metadona, con 200 sujetos expuestos y no expuestos a la metadona, ha mostrado que entre familias con coincidencias demográficas hubo retrasos neurocognitivos en bebés de 1 mes expuestos a la metadona en comparación con los bebés no expuestos. Cuando se reiteraron las pruebas a los 7 meses, los bebés expuestos a la metadona exhibieron resultados similares a los de los bebés de comparación no expuestos. A los 9 meses de edad, el 37.5% de esta muestra de bebés expuestos a la metadona exhibió retrasos motores de relevancia clínica (con una desviación estándar de ≥ 1.5) en comparación con un desarrollo bajo pero típico en el grupo de comparación²¹. Los bebés expuestos tenían, típicamente, perfiles de alto riesgo ambiental, que continuaron al nacer, representando un riesgo permanente para el niño en desarrollo.

El criterio actual es que los factores de riesgo ambiental combinados con las exposiciones prenatales promueven cambios epigenéticos en la expresión de los genes y patrones de metilación que tienen consecuencias inmediatas y a largo plazo relacionadas con la programación del desarrollo²². Nótese que estos hallazgos están relacionados con bebés expuestos a la metadona tanto en forma prenatal como después del nacimiento a través de la lactancia, y hay poca información disponible sobre bebés con exposición crónica a la metadona solo a través de la lactancia.

Además, alrededor del 70% de los bebés nacidos de mujeres a las que se les recetó metadona durante el embarazo experimentará el síndrome de abstinencia neonatal (SAN)²³, una constelación de signos y síntomas que suele presentarse luego de la exposición a opiáceos durante la gestación. Los bebés con SAN de gravedad pueden experimentar problemas con el apego, la succión y la deglución durante la lactancia que pueden afectar su capacidad para amamantar.

TABLA 1. SITIOS WEB EN LÍNEA CON INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE LACTANCIA

Sitio web	URL	Idioma
Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, Institutos Nacionales de la Salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU, “LactMed”	http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm	Inglés
e-Lactancia	http://e-lactancia.org/	Inglés
Asociación para la promoción y la investigación cultural y científica de la lactancia, bajo licencia de Creative Commons International	(También incluye recetas médicas, fitoterapia, homeopatía y demás productos alternativos, procedimientos cosméticos y médicos, contaminantes, enfermedades materno-infantiles y más)	Español

No obstante, dado que hay cada vez más evidencia que respalda la conclusión de que existe una reducción de la gravedad y la duración del tratamiento del SAN cuando las madres sometidas a terapia de mantenimiento con metadona amamantan, es preciso fomentar la lactancia en estas díadas^{3,17-19}. (II-1, II-3) Lamentablemente, el índice de inicio de la lactancia en esta cohorte suele ser bajo, menos de la mitad del reportado en la población general de EE. UU.²⁴ Un pequeño estudio cualitativo reciente demostró que la falta de apoyo de la comunidad médica y la desinformación respecto a los peligros de amamantar durante la terapia con metadona son barreras importantes, aunque modificables, para el éxito de la lactancia en estas mujeres²⁵. Dados los beneficios para estas madres y estos bebés de permanecer en terapia de mantenimiento con metadona y amamantar, es importante que proporcionemos un apoyo sólido y constante a este grupo vulnerable.

Buprenorfina

La buprenorfina es un agonista parcial de los opiáceos utilizado en los tratamientos por dependencia de los opiáceos durante el embarazo en algunos países, y cada vez más en Estados Unidos. Una serie de múltiples casos pequeña ha examinado las concentraciones maternas de buprenorfina en la leche. Todos coinciden en que las cantidades de buprenorfina en la leche materna son pequeñas y que es poco probable que cause efectos negativos a corto plazo en el bebé en desarrollo²⁶⁻³¹. En un estudio, el 76% de 85 parejas de madre y bebé amamantaban, y el 66% de ellas seguían con la lactancia de 6 a 8 semanas después del parto. Los bebés lactantes tienen SAN menos severo y es menos probable que necesiten una intervención farmacológica que los bebés alimentados con fórmula, de manera similar a lo que ocurre con la metadona y que comentamos anteriormente, si bien esto no alcanzó una relevancia significativa dado el tamaño de la muestra estudiada³¹.

Otros opiáceos

El consumo de opiáceos en Estados Unidos ha aumentado sustancialmente durante la última década. Un análisis transversal retrospectivo del SAN en nacimientos en hospitales entre los años 2000 y 2009 descubrió un aumento en la incidencia de 1.2 a 3.39 por cada 1,000 nacimientos. También se descubrió que el consumo de opiáceos materno aumentó de 1.19 a 5.63 por cada 1,000 nacimientos en hospitales entre 2000 y 2009; a los efectos de la recolección de datos se incluyó cualquier tipo de consumo de opiáceos³². Un informe semanal reciente sobre morbilidad de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades resaltó datos que demostraban que alrededor de un tercio de las mujeres en edad reproductiva obtuvo una receta de opiáceos cada año entre 2008 y 2012³³.

Cuando el consumo de narcóticos durante el embarazo se determina como consistente con un trastorno de consumo de opiáceos más que como una modalidad de alivio del dolor a corto plazo, se fomenta enfáticamente tener en cuenta el inicio de metadona o buprenorfina de mantenimiento tal como se comentó anteriormente^{13,34,35}, y estas madres deberán tener apoyo para el inicio de la lactancia. (III) Los períodos de tratamiento cortos con la mayoría de los demás opiáceos recetados en dosis bajas pueden ser llevados a cabo por una madre que amamanta^{36,37}, pero instamos a tener cuidado con la codeína, ya que las metabolizadoras ultrarrápidas de CYP2D6 podrían experimentar niveles altos de morfina (metabolito) en sangre y ha habido un informe de caso único de muerte neonatal luego del consumo materno³⁸. (III) Falta información sobre la seguridad de la lactancia cuando se usan dosis moderadas a altas de opiáceos durante largos períodos de tiempo.

También falta información disponible sobre madres en transición de opiáceos de acción rápida a terapia de mantenimiento con opiáceos durante la lactancia más que durante el embarazo.

Marihuana

Las pautas uniformes acerca del consumo variado de marihuana por parte de madres que amamantan son difíciles de generar y no se puede esperar que abarquen todas las situaciones. La legalidad de la posesión y el consumo de marihuana varía mucho de un país a otro; en Estados Unidos, cada vez son más los estados donde es legal su “consumo medicinal” con receta, y en algunos estados es legal su “consumo recreativo”; no obstante, sigue siendo ilegal en todos los estados según la ley federal. Por lo tanto, basar las recomendaciones sobre el consumo de marihuana simultáneo a la lactancia se torna inherentemente complejo desde un punto de vista puramente legal, es problemático e imposible de aplicar de manera uniforme en todos los entornos y jurisdicciones. Como las leyes cambian y el consumo de marihuana es cada vez más común en ciertas áreas, es cada vez más importante sopesar los riesgos del inicio y la continuación de la lactancia mientras se consume marihuana contra los riesgos de no amamantar, teniendo además en cuenta la amplia gama de exposición a la marihuana que puede ser desde ocasional hasta médica, regular o abundante.

Además del riesgo legal potencial, deben tenerse en cuenta con mucho cuidado los riesgos de salud para el bebé por el consumo de marihuana de la madre. El D9-tetrahidrocannabinol (THC), componente principal de la marihuana, está presente en la leche materna hasta ocho veces más que los niveles en plasma materno, y se encuentran metabolitos en las heces de los bebés, lo que indica que el bebé absorbe y metaboliza el THC³⁹. Se distribuye rápidamente al cerebro y al tejido adiposo y se almacena en dichos tejidos de semanas a meses. Tiene una vida media larga (25 a 57 horas) y se obtienen resultados positivos en orina durante 2 a 3 semanas⁴⁰, lo que hace que sea imposible determinar quién es consumidora ocasional y quién es crónica en el momento del parto a través de una evaluación toxicológica en orina. La evidencia en cuanto a los efectos de la exposición al THC en el desarrollo del bebé solo a través de la lactancia es escasa y conflictiva^{41,42}, y no hay datos que evalúen los resultados en el neurodesarrollo más allá del año de edad en bebés únicamente expuestos después del nacimiento. También cabe destacar en esta discusión de riesgos que la potencia de la marihuana ha ido aumentando constantemente, de alrededor del 3% en la década del ochenta al 12% en 2012, por lo que posiblemente los datos de estudios anteriores ya ni siquiera tengan relevancia⁴³. Además, la preocupación actual respecto al consumo de marihuana durante la lactancia surge de una posible sedación infantil y de la incapacidad materna de cuidar en forma segura a su bebé mientras se encuentra directamente bajo la influencia; no obstante, esto sigue siendo un problema teórico y no ha sido bien establecido en la bibliografía⁴⁴.

La evidencia en seres humanos y en animales que examina los efectos conductuales y neurobiológicos de la exposición a los cannabinoides durante el embarazo y la lactancia muestra que el sistema endocannabinoide desempeña un rol fundamental en la ontogenia del sistema nervioso central y en su activación durante el desarrollo cerebral. Tal como concluyeron Campolongo et al.⁴⁵, la exposición a cannabinoides durante períodos críticos del desarrollo cerebral puede provocar alteraciones neurofuncionales sutiles y de larga duración. Varios estudios preclínicos resaltaron cómo hasta las dosis bajas a moderadas durante períodos particulares del desarrollo cerebral pueden tener consecuencias profundas para la maduración cerebral que potencialmente lleven a alteraciones de larga duración en las funciones cognitivas y las conductas emocionales⁴⁵. La exposición de los bebés al humo de marihuana de segunda mano se ha asociado con un posible riesgo doble independiente de síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS)⁴⁶ (III); como la lactancia reduce el riesgo de

SIDS, esto también debe tenerse en cuenta. Por consiguiente, es preciso que la consideración de estos temas se incorpore plenamente en los planes de atención de la mujer que amamanta en un entorno de consumo de THC. Las madres que amamantan deben recibir orientación para reducir o eliminar su consumo de marihuana a fin de evitar exponer a sus bebés a esta sustancia y estar avisadas de los posibles efectos neuroconductuales a largo plazo debido al consumo continuado. (III)

Alcohol

Se desaconseja enfáticamente el consumo de alcohol durante el embarazo, ya que podría causar síndrome de alcoholismo fetal, defectos de nacimiento, aborto espontáneo y parto prematuro, entre otros problemas graves^{47,48}. (III) Muchas mujeres que reducen significativamente o eliminan su ingesta de alcohol durante el embarazo podrían optar por retomar el consumo de alcohol después del parto; aproximadamente la mitad de las mujeres que amamantan en países occidentales reportaron consumir alcohol al menos ocasionalmente⁴⁹. El alcohol interfiere con el reflejo eyector de leche, lo que en última instancia podría reducir la producción de leche debido al vaciado inadecuado de los senos⁵⁰. (III) Los niveles de alcohol en la leche materna suelen ser iguales a los niveles de alcohol en sangre maternos, y los estudios que evaluaron los efectos en el bebé del consumo de alcohol de las madres han obtenido, en su mayoría, resultados mezclados; algunos observaron efectos leves sobre los patrones de sueño del bebé, la cantidad de leche consumida durante las instancias de lactancia y el desarrollo psicomotor temprano⁵⁰. (III) Aún se desconocen los posibles efectos a largo plazo del alcohol en la leche materna. La mayoría de las fuentes recomienda limitar la ingesta de alcohol al equivalente de 8 onzas de vino o dos cervezas y esperar 2 horas después de beber para retomar la lactancia^{5-7,35}. (III) Para garantizar la eliminación completa del alcohol de la leche materna, las madres pueden consultar un normograma creado por el programa canadiense Motherisk para determinar el tiempo necesario basándose en el peso de la madre y la cantidad consumida⁵¹. (III)

Tabaco

Aproximadamente dos tercios, tanto de mujeres embarazadas como no embarazadas, fuman cigarrillos, si bien cada vez son menos las mujeres fumadoras a medida que avanza el embarazo¹. Muchas madres dejan de fumar durante el embarazo, pero es común que retomen el hábito después del parto. Alrededor del 50% vuelve a fumar durante los primeros meses posteriores al parto⁵²⁻⁵⁴. Los datos sobre la epidemiología de las madres fumadoras que amamantan sigue siendo compleja, y se ha descubierto que el tabaquismo, en muchas series, está asociado con la reducción de los índices de lactancia^{55,56}. Se sabe que la nicotina y otros compuestos se transfieren al bebé a través de la leche, y también ocurre una transferencia importante de químicos a través del humo de segunda mano cuando los bebés quedan expuestos al humo de tabaco del ambiente. Los aumentos de la incidencia de alergia respiratoria en bebés y del SMSL son tan solo dos riesgos importantes bien conocidos de la exposición del bebé al humo de tabaco del ambiente⁸. (III) La mayoría de las fuentes avalan la promoción de la lactancia en el entorno del tabaquismo materno mientras respaldan enérgicamente la cesación tabáquica⁵⁷. (III) Algunas modalidades de cesación tabáquica (parche de nicotina, goma de mascar de nicotina y, posiblemente, el bupropion) son compatibles con la lactancia y es posible fomentarlas bajo muchas circunstancias^{6,7,58}. (III)

Recomendaciones

Generales (circunstancias favorables con consideración)

Los bebés de mujeres con trastornos por consumo de

sustancias, en riesgo de padecer múltiples dificultades de salud y del desarrollo, de todos modos se beneficiarán significativamente de la lactancia y de la leche materna, al igual que sus madres. Debe formularse un plan prenatal que prepare a la madre para la crianza, la lactancia y el tratamiento por abuso de sustancias a través de discusiones personalizadas y centradas en la paciente con cada mujer. Este plan de atención debe incluir instrucción sobre las consecuencias de una recaída en las drogas o en el consumo excesivo de alcohol durante la lactancia, así como también sobre la posibilidad de obtener leche de donantes, la preparación de la fórmula y la manipulación e higiene de los biberones en caso de que la lactancia esté o se torne contraindicada. En el período perinatal, cada día de madre y bebé deberá recibir asesoramiento atento y personalizado sobre la lactancia antes del alta de la maternidad. Esta evaluación debe tener en cuenta varios factores, incluidos los siguientes (III)

- antecedentes de consumo de drogas y tratamientos por abuso de sustancias, incluyendo tratamientos asistidos con medicamentos como metadona o buprenorfina
- estado médico y psiquiátrico
- otros medicamentos que las madres necesiten
- estado de salud del bebé (que incluya una evaluación en curso por SAN e impacto sobre la capacidad para amamantar)
- la presencia o ausencia y la idoneidad de sistemas de apoyo familiares y comunitarios para la madre
- planes para la atención posparto y el tratamiento por abuso de sustancias para la madre y la atención pediátrica para el niño.

Lo ideal es que la mujer con un trastorno por abuso de sustancias que manifieste el deseo de amamantar pueda participar en un tratamiento antes y después del parto. El consentimiento de la madre, por escrito, para la comunicación con su proveedor de tratamiento por abuso de sustancias, debe obtenerse antes del parto, de ser posible. (III)

Toda discusión con las madres que consuman sustancias con efectos sedantes debe incluir un asesoramiento sobre el cuidado seguro de su bebé e instrucciones sobre prácticas de sueño seguro. (III)

Fomentar la lactancia entre las mujeres que se encuentren en las siguientes circunstancias (III):

- Involucradas en un tratamiento por abuso de sustancias; entrega de consentimiento materno para hablar sobre la evolución del tratamiento y los planes para el tratamiento posparto con el asesor de tratamiento por abuso de sustancias; recomendación del asesor respecto a la lactancia
- Planes de continuar bajo tratamiento por abuso de sustancias durante el posparto
- Abstinencia del consumo de drogas durante los 90 días previos al parto; demostración de su capacidad de mantenerse sobrias en un entorno ambulatorio
- Pruebas de toxicología maternas negativas en orina en el momento del parto
- Involucradas en atención prenatal que cumplen con las indicaciones

Opiáceos/narcóticos

- Fomentar la lactancia entre mujeres bajo régimen de mantenimiento estable de metadona o buprenorfina, independientemente de la dosis
- El manejo de las madres bajo terapia crónica de opiáceos para el dolor debe estar atentamente supervisado por un médico especialista en dolor crónico que esté familiarizado con el embarazo y la lactancia (III):
 - a. El tiempo durante el cual se consuman estos medicamentos, la dosis total y si se consumieron los medicamentos durante el embarazo son elementos que deben ayudar a tomar la decisión informada respecto a si es posible emprender la

- lactancia en forma segura en determinados casos.
- b. Las cantidades sensatas de medicamentos narcóticos orales para el dolor, cuando se consumen dentro de una situación limitada en el tiempo por un problema de dolor agudo, son en general compatibles con la lactancia continuada si hubiera una supervisión y un control adecuados del bebé lactante^{36,37}.
- La dosificación de narcóticos de rápido aumento en una madre que amamanta debería generar evaluaciones más a fondo y una reconsideración de la seguridad de la lactancia continuada.

Nicotina

- Aconsejar a las madres que fuman cigarrillos después de dar a luz que reduzcan el consumo lo más posible y que no fumen cerca del bebé, para reducir la exposición del bebé al humo de segunda mano. La cesación tabáquica y las modalidades de sustitución de la nicotina, como los parches de nicotina y la goma de mascar de nicotina, podrían resultar útiles para algunas madres. (III)
- Ofrecer a las madres fumadoras apoyo adicional, ya que el consumo de cigarrillos de las madres parece ser un factor de riesgo independiente y asociado del no inicio y de la cesación precoz de la lactancia, para ayudar a garantizar el éxito. (III)

Alcohol

- Indicar a las madres que deseen beber alcohol ocasionalmente que el alcohol se transfiere fácilmente a la leche materna. Las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría, de la Organización Mundial de la Salud y de otras instituciones aconsejan esperar entre 90 y 120 minutos después de ingerir alcohol para amamantar u ordeñarse y desechar la leche dentro de ese marco de tiempo^{5,6,7,35}. (III)

Cannabis (THC)

- La información acerca de los efectos a largo plazo del consumo de marihuana por parte de la madre que amamanta sobre el bebé sigue siendo insuficiente para recomendar la abstención total del inicio o la continuación de la lactancia sobre una base de evidencia científica en este momento. No obstante, la extrapolación de la exposición durante la gestación y los limitados datos disponibles ayudan a realizar las siguientes recomendaciones (III):
 - a. Asesorar a las madres que admiten un consumo ocasional o excepcional para que eviten futuros consumos, o los reduzcan, poniéndolas al tanto de los posibles efectos neuroconductuales a largo plazo e instruyéndoles evitar la exposición directa del bebé a la marihuana y su humo.
 - b. Recomendar enfáticamente a las madres con pruebas de orina positivas para THC suspender la exposición durante la lactancia e informarles acerca de los posibles efectos neuroconductuales a largo plazo.
 - c. Al asesorar a las madres respecto al consumo medicinal de marihuana durante la lactancia, se deben tener muy en cuenta los riesgos potenciales de la exposición a la marihuana y los beneficios de la lactancia para el bebé y aconsejar al respecto.
 - d. La falta de datos de seguimiento a largo plazo de bebés expuestos a cantidades variadas de marihuana a través de la leche materna, junto con las preocupaciones respecto a los resultados negativos del neurodesarrollo en niños, deben impulsar una cuidadosa consideración de los riesgos contra

- los beneficios de la lactancia en el entorno del consumo moderado o crónico de marihuana. Se justifica recomendar abstenerse de consumir marihuana.
- e. En este momento, si bien los datos no son lo suficientemente sólidos como para recomendar no amamantar al consumir marihuana, instamos a tener mucha precaución.

Generales (circunstancias contraindicadas o en las que se necesita mayor cautela)

Aconsejar no amamantar a las mujeres que estén en cualquiera de las siguientes circunstancias (III):

- La no participación en un tratamiento por abuso de sustancias o participación en un tratamiento pero sin consentimiento para el contacto con un orientador
- La no participación en atención prenatal
- Prueba toxicológica en orina materna positiva para sustancias que no sean marihuana en el momento del parto [ver el punto (b) que antecede]
- Ausencia de planes de tratamiento posparto por abuso de sustancias o de atención pediátrica
- Mujeres que recaen en el consumo de drogas o en el mal uso de sustancias legales en el período de 30 días previos al parto
- Cualquier indicador conductual o de otro tipo de que la mujer está abusando activamente de sustancias
- Consumo crónico de alcohol.

Evaluar atentamente a las mujeres que se encuentren en las siguientes circunstancias y determinar la recomendación adecuada respecto a la lactancia a través de la discusión y la coordinación entre la madre, los proveedores de atención materna y los proveedores de tratamiento por abuso de sustancias (III):

- Recaída en el consumo de drogas o en el mal uso de sustancias legales en el período de 90 a 30 días previos al parto
- Consumo simultáneo de otros medicamentos recetados considerados incompatibles con la lactancia
- Involucramiento tardío (después del segundo trimestre) en atención prenatal y/o tratamiento por abuso de sustancias
- Obtención de sobriedad (no consumo de drogas ni alcohol) solo en un entorno de internación
- Falta de sistemas de apoyo familiares y comunitarios adecuados para la madre
- Informe del deseo de amamantar a su bebé a fin de conservar la custodia o mantenerse sobrias en el período posparto

En Estados Unidos, a las mujeres que implementaron la lactancia y posteriormente recayeron en el consumo de drogas se les recomienda no amamantar, aún si la leche se debe desecharse durante el período en torno a la recaída. No hay datos farmacocinéticos conocidos para determinar la presencia ni las concentraciones de la mayoría de las sustancias ilegales o sus metabolitos en la leche materna y los efectos sobre el bebé, y es poco probable que esta investigación se lleve a cabo debido a los dilemas éticos que supone. La falta de datos farmacocinéticos para la mayoría de las drogas de abuso en mujeres recién paridas con trastornos por consumo de sustancias impide la implementación de un intervalo “seguro” luego del consumo en el que se pueda restablecer la lactancia para cada droga en particular. Además, las mujeres que consumen sustancias ilegales en el período posparto podrían exhibir un criterio deteriorado y cambios conductuales secundarios que probablemente interfieran con la capacidad de la madre de cuidar de su bebé o de amamantarlo adecuadamente. Las exposiciones pasivas a drogas podrían representar riesgos adicionales para el bebé. Por lo tanto, toda mujer que recaiga en el consumo de drogas o en el mal uso de

sustancias legales luego de la implementación de la lactancia deberá recibir un sustituto adecuado de la leche materna (leche de una donante, fórmula) y un tratamiento contra las drogas intensificado, junto con orientación sobre cómo reducir paulatinamente la producción de leche para evitar la mastitis. (III)

La mujer con un trastorno por consumo de sustancias que haya comenzado la lactancia de manera exitosa deberá ser sometida a un control atento, junto con su hijo, durante el período posparto. El tratamiento continuado por abuso de sustancias, la atención posparto, la atención psiquiátrica cuando amerite y la atención pediátrica son importantes para las mujeres con trastornos por consumo de sustancias. El apoyo a la lactancia es de particular importancia en el caso de bebés que sufran SAN y sus madres. La comunicación entre todos los profesionales sanitarios involucrados con la salud, el bienestar y el apoyo por abuso de sustancias de la madre y el niño debe generar una red interactiva de atención de apoyo para la diada. (III)

Recomendaciones para investigaciones futuras

1. Ensayos controlados y aleatorizados a largo plazo o evaluaciones de cohortes emparejadas de bebés expuestos a metadona o buprenorfina a través de la leche materna, incluyendo evaluaciones de desarrollo infantil.
2. Más evaluaciones de leche materna y datos farmacocinéticos en plasma materno e infantil acerca de opiáceos recetados y lactancia, en especial en el caso de madres con consumo crónico de medicamentos de dosis altas durante el embarazo y que continuaron durante la lactancia.
3. Evaluaciones controladas a largo plazo de bebés expuestos a la marihuana a través de la leche materna, para incluir a bebés y sus posteriores resultados de neurodesarrollo e incluyendo a los expuestos a la marihuana de manera controlada, como en casos de marihuana médica legalizada.
4. Evaluación de los parches de sustitución de nicotina, gomas de mascar y cigarrillos vaporizados como sustitutos del cigarrillo de tabaco en mujeres embarazadas y lactantes, para determinar si pueden o deben recomendarse ampliamente como reemplazo de los productos derivados del tabaco.

Agradecimientos

Este trabajo contó con la financiación parcial de un subsidio de la Oficina de Salud Materno-Infantil del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Referencias

1. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: National findings. Available at www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsP/DFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf (accessed February 18, 2015).
2. Goel N, Beasley D, Rajkumar V, et al. Perinatal outcome of illicit substance use in pregnancy—Comparative and contemporary socio-clinical profile in the UK. *Eur J Pediatr* 2011;170:199–205.
3. Welle-Strand GK, Skurtveit S, Jansson LM, et al. Breastfeeding reduces the need for withdrawal treatment in opioid-exposed infants. *Acta Paediatr* 2013;102:1060–1066.
4. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2013.
5. D'Apolito K. Breastfeeding and substance abuse. *Obstet Clin Gynecol* 2013;56:202–211.
6. Sachs HC; American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics. *Pediatrics* 2013;132:e796–e809.
7. Rowe H, Baker T, Hale TW. Maternal medication, drug use, and breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:275–294.
8. Eidelman AI, Schanler R; Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
9. Appendix A Task Force Ratings. Guide to clinical preventive services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force, 2nd edition. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430/ (accessed February 27, 2015).
10. Kaufman R, Petruca RA, Pitts FN, et al. PCP in amniotic fluid and breast milk: Case report. *J Clin Psychiatry* 1983;44:269–270.
11. Winecker RE, Goldberger BA, Tebbett IR, et al. Detection of cocaine and its metabolites in breast milk. *J Forensic Sci* 2001;46:1221–1223.
12. Chasnoff I, Lewis DE, Squires L. Cocaine intoxication in a breast fed infant. *Pediatrics* 1987;80:836–838.
13. Wong S, Ordean A, Kahan M, et al. Substance use in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2011;33:367–384.
14. Wojnar-Horton RE, Kristensen JH, Yapp P, et al. Methadone distribution and excretion into breast milk of clients in a methadone maintenance programme. *Br J Clin Pharmacol* 1997;44:543–547.
15. McCarthy JJ, Posey BL. Methadone levels in human milk. *J Hum Lact* 2000;16:115–120.
16. Begg EJ, Malpas TJ, Hackett LP, et al. Distribution of R- and S-methadone into human milk during multiple, medium to high oral dosing. *Br J Clin Pharmacol* 2001;52: 681–685.
17. Bogen DL, Perel JM, Helsel JC, et al. Estimated infant exposure to enantiomer-specific methadone levels in breastmilk. *Breastfeed Med* 2011;6:377–384.
18. Abdel-Latif ME, Pinner J, Clews S, et al. Effects of breast milk on the severity and outcome of NAS among infants of drug-dependent mothers. *Pediatrics* 2006;117:1163–1169.
19. Jansson LM, Choo R, Velez ML, et al. Methadone maintenance and breastfeeding in the neonatal period. *Pediatrics* 2008;121:106–114.
20. McQueen KA, Murphy-Oikonen J, Gerlach K, et al. The impact of infant feeding method on neonatal abstinence scores of methadone-exposed infants. *Adv Neonatal Care* 2011;11:282–290.
21. Logan BA, Brown MS, Hayes MJ. Neonatal abstinence syndrome: Treatment and pediatric outcomes. *Clin Obstet Gynecol* 2013;56:186–192.
22. Jansson LM, Choo R, Velez ML, et al. Methadone maintenance and long-term lactation. *Breastfeed Med* 2008;3: 34–37.
23. Kocherlakota P. Neonatal abstinence syndrome. *Pediatrics* 2014;134:e547–e561.
24. Wachman EM, Byun J, Philipp BL. Breastfeeding rates among mothers of infants with neonatal abstinence syndrome. *Breastfeed Med* 2010;5:159–164.
25. Demirci JR, Bogen DL, Kliksky Y. Breastfeeding and methadone therapy: The maternal experience. *Subst Abuse* 2014 April 4 [Epub ahead of print]. doi: 10.1080/08897077.2014.902417.
26. Ilett KF, Hackett LP, Gower S, et al. Estimated dose exposure of the neonate to buprenorphine and its metabolite norbuprenorphine via breastmilk during maternal buprenorphine substitution treatment. *Breastfeed Med* 2012;7: 269–274.
27. Grimm D, Pauly E, Poschl J, et al. Buprenorphine and norbuprenorphine concentrations in human breastmilk samples

- determined by liquid chromatography-tandem mass spectrometry. *Ther Drug Monit* 2005;27:526–530.
28. Marquet P, Chevril J, Lavignasse P, et al. Buprenorphine withdrawal syndrome in a newborn. *Clin Pharmacol Ther* 1997;62:569–571.
 29. Johnson RE, Jones HE, Jasinski DR, et al. Buprenorphine treatment of pregnant opioid dependent women: Maternal and neonatal outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2001;63:97–103.
 30. Gower S, Bartu A, Ilett KF, et al. The wellbeing of infants exposed to buprenorphine via breast milk at 4 weeks of age. *J Hum Lact* 2014;30:217–223.
 31. O'Connor AB, Collett A, Alto WA, et al. Breastfeeding rates and the relationship between breastfeeding and neonatal abstinence syndrome in women maintained on buprenorphine during pregnancy. *J Midwifery Womens Health* 2013;58:383–388.
 32. Patrick SW, Schumacher RE, Benneyworth BD, et al. Neonatal abstinence syndrome and associated health care expenditures. *JAMA* 2012;307:1934–1940.
 33. Centers for Disease Control and Prevention. Opioid pain killers widely prescribed among reproductive age women [press release]. January 2015. Available at www.cdc.gov/media/releases/2015/p0122-pregnancy-opioids.html (accessed February 23, 2015).
 34. ACOG Committee on Health Care for Underserved Women; American Society of Addiction Medicine. ACOG Committee Opinion No. 524: Opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2012;119:1070–1076.
 35. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. 2014. Available at www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/ (accessed February 18, 2015).
 36. Montgomery A, Hale TW; The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. *Breastfeed Med* 2012;7:547–553.
 37. Hendrickson RG, McKeown NJ. Is maternal opioid use hazardous to breast-fed infants? *J Toxicol* 2012;50:1–14.
 38. Madadi P, Koren G, Cairns J, et al. Safety of codeine during breastfeeding. Fatal morphine poisoning in the breastfed neonate of a mother prescribed codeine. *Can Fam Physician* 2007;53:33–35.
 39. Perez-Reyes M, Wall ME. Presence of D9-tetrahydrocannabinol in human milk. *N Engl J Med* 1982;307:819–820.
 40. Hale TW, Rowe HE. *Medications and Mothers' Milk*, 16th ed. Hale Publishing LP, Plano, TX, 2014.
 41. Astley SJ, Little RE. Maternal marijuana use during lactation and infant development at one year. *Neurotoxicol Teratol* 1990;12:161–168.
 42. Tennes K, Avitable N, Blackard C, et al. Marijuana: Prenatal and postnatal exposure in the human. *NIDA Res Monogr* 1985;59:48–60.
 43. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, et al. Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med* 2014;370:2219–2227.
 44. Hill M, Reed K. Pregnancy, breast-feeding, and marijuana: A review article. *Obstet Gynecol Surv* 2013;68:710–718.
 45. Campolongo P, Trezza V, Palmery M, et al. Developmental exposure to cannabinoids causes subtle and enduring neurofunctional alterations. *Int Rev Neurobiol* 2009; 85:117–133.
 46. Klonoff-Cohen H, Lam-Kruglick P. Maternal and paternal recreational drug use and sudden infant death syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:765–770.
 47. American Academy of Pediatrics. Joint Call to Action on Alcohol and Pregnancy. 2012. Available at www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/fetal-alcohol-spectrum-disorders-toolkit/Pages/Joint-Call-to-Action-on-Alcohol-and-Pregnancy.aspx (accessed February 18, 2015).
 48. Carson G, Cox LV, Crane J, et al. Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32(8 Suppl 3):S1–S32.
 49. Haastrup MB, Pottgard A, Damkier P. Alcohol and breastfeeding. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2014;114:168–173.
 50. Lactmed. Alcohol Monograph. Available at <http://toxnet.nlm.nih.gov/> (accessed February 11, 2015).
 51. Koren G. Drinking alcohol while breastfeeding. Will it harm my baby? *Can Fam Physician* 2002;48:39–41.
 52. Yang I, Hall L. Smoking cessation and relapse challenges reported by postpartum women. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2004;39:375–380.
 53. Levitt C, Shaw E, Wong S, et al. Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of interventions for smoking relapse prevention, cessation, and reduction in postpartum women. *Birth* 2007;34:341–347.
 54. Texas Tech University Health Sciences Center, Infant Risk Center. Tobacco Use. Available at www.infantrisk.com/content/tobacco-use (accessed February 20, 2015).
 55. Horta BL, Victora CG, Menezes AM, et al. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. *Am J Epidemiol* 1997;146:128–133.
 56. Myr R. Promoting, protecting, and supporting breastfeeding in a community with a high rate of tobacco use. *J Hum Lact* 2014;20:415–416.
 57. Dorea JG. Maternal smoking and infant feeding: Breastfeeding is better and safer. *Matern Child Health J* 2007;11: 287–291.
 58. Heydari G, Masjedi M, Ahmady AE, et al. A comparative study on tobacco cessation methods: A quantitative systematic review. *Int J Prev Med* 2014;5:673–678.
- Los protocolos de ABM vencen 5 años después de su fecha de publicación. Dentro de ese lapso de 5 años se realizan revisiones basadas en evidencia, o tal vez antes si hubiera algún cambio importante en la evidencia.

Comité de Protocolos de la Academia de Medicina de Lactancia Materna
 Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Presidenta
 Larry Noble, MD, FABM, Responsable de Traducciones
 Nancy Brent, MD
 Ruth A. Lawrence, MD, FABM
 Sarah Reece-Stremtan, MD
 Casey Rosen-Carole, MD
 Tomoko Seo, MD, FABM
 Rose St. Fleur, MD
 Michal Young, MD

Para enviar correspondencia: abm@bfmed.org