

Reseñas terapéuticas

TERATOGENICIDAD DE LAS BENZODIACEPINAS. Laegreid, 1. Dev. Pharmacol. Ther. 1990, 15:186-188.

Los riesgos teratogénicos de las benzodiazepinas son discutidos; algunas investigaciones clínicas encuentran una asociación entre el uso materno de benzodiazepinas al inicio del embarazo y el labio leporino y paladar hundido, mientras que otros autores no lo encuentran.

Desde 1984, Laegreid ha estudiado el tema presentando en éste artículo, brevemente, los resultados de sus estudios.

En el primer estudio describía 8 niños expuestos en útero a benzodiazepinas excesivamente (uso regular a dosis altas). 5 de las 8 madres reconocieron el uso regular de benzodiazepinas y en las otras tres el análisis de suero, del principio del embarazo, pudo ser analizado y encontrado positivo para benzodiazepinas y sus metabolitos. Todos los niños tenían unas características dismórficas similares. Las manifestaciones clínicas como: Apgar con puntuaciones bajas, necesidad de reanimación, síndrome de abstinencia neonatal con hipotonía y convulsiones frecuentes. Todos los niños tenían anomalías craneofaciales en grados variables (nariz corta con puente nasal bajo, ojos sesgados...) Uno tenía aplasia de un riñón, 2 paladar hundido, 2 hernia inguinal y 2 criptorquidea. Al seguimiento 2 niños presentaron microcefalia, 2 retraso mental severo, 5 con retraso mental leve y sólo uno con inteligencia normal.

En un segundo estudio, de caso control, de cuatro diagnósticos neonatales de malforma-

ciones congénitas, consideradas características de la exposición fetal de benzodiazepinas fueron tomados. Estos diagnósticos fueron: 1) Embriopatía y fetopatía (combinación de estigmas prenatales y alteración neurológica inespecífica) 2) Malformaciones congénitas inespecíficas del sistema nervioso. 3) Paladar hundido y labio leporino. 4) Malformaciones congénitas del sistema genito-urinario.

En 8 de 18 casos (44 %), las muestras sanguíneas del principio del embarazo fueron positivas para benzodiazepinas, frente a 2 positivas (3,3 %) de las 60 del grupo control. Demostrando así una significativa asociación entre los exámenes séricos positivos para benzodiazepinas al principio del embarazo con malformaciones congénitas concretas.

El consumo de benzodiazepinas al principio del embarazo se asocia con un incremento en 23 veces del riesgo de tener un niño con una o más malformaciones.

LA SEDACIÓN Y LA ANALGESIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (MIDAZOLAN).

Snodgrass, W.R. Selected aspects of pediatric intensive care unit clinical pharmacology. Current Opinion in Pediatrics 1991, 3: 314-319.

En esta revisión el autor, Snodgrass, describe aspectos relevantes concretos del uso de la sedación y la analgesia en la UCI pediátrica. Así señala la morfina y la nalbufina como dos analgésicos narcóticos potentes con un perfil farmacológico favorable para su uso en niños que precisan una analgesia significativa.

Respecto a la sedación plantea las desventajas que conlleva el hidrato de cloral: inducción de hiperalgias, inexistencia de antagonista y el riesgo de acidosis metabólica a largo plazo, inclinándose por las benzodiacepinas.

El Midazolán es una nueva benzodiacepina de vida corta (vida media en adulto es entre 1,5 y 4 horas) que parece ofrecer algunas ventajas para su uso como sedativo y amnésico en niños.

La preparación parental es acuosa permitiendo su administración intramuscular, compatible con solución de dextrosa (al 5%), solución salina isotónica, solución lactato Ringer, morfina y atropina. Accede rápidamente al Sistema Nervioso Central y dura su efecto, tras una dosis sencilla entre 30 y 45 minutos. Es metabolizada vía hepática casi totalmente lo que requiere reducción de dosis en caso de fallo hepático.

Es importante recordar que la solución de Midazolán para uso parenteral contiene un 1% (10 mg/ml) de alcohol benzílico por lo que es preferible su uso diluido para evitar el riesgo de cantidades tóxicas de alcohol benzílico (> 100 mg/Kg/día). Igualmente no se debe administrar como bolus intravenoso rápido por incrementar el riesgo de apnea. Debiéndose administrar lentamente entre 3 y 5 minutos.

La dosificación en perfusión para sedación en niños con ventilación mecánica está descrita entre 0,1 y 0,4 mg/kg/h.

Para sedaciones más profundas el autor ha utilizado dosis entre 0,5 y 3,5 mg/Kg/h. Advirtiéndose en el caso de perfusión continua de Midazolán del riesgo de aspirado pulmonar (aconsejando la monitorización) y de la posibilidad de dependencia física en caso de administración continua más de tres días.

Agenda

– **DELIRIO EN EL ADOLESCENTE, IDEAS DELIRANTES**
SOCIETAT CATALANA DE PSIQUIATRÍA INFANTIL

Barcelona 26 Febrero 1993
Información: (93) 323 45 32

– **XXXII REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL**

Valencia 7-8 Mayo 1993
Ponencia: Hospitalización en Psiquiatría infantil y adolescencia
Mesa redonda: Aspectos psicosociales de

la hospitalización en psiquiatría infantil y adolescencia.

Comunicaciones libres

Secretaría: Unidad psiquiatría infantil;
Dres A. Agüero y M.A. Catalá; C/Flora 7;
Valencia 46010; telf.: (96) 393 24 72

– **XVII REUNIÓN NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA**

Tratamiento de los trastornos mentales, atípicos, resistentes y crónicos
Salamanca 16-19 junio 1993
Información: Geyseco, c/Mauricio Legendre Nº 2-9º, 28046 Madrid