

Drogas en el embarazo y morbilidad neonatal

J. Echeverría Lecuona

Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

La utilización de drogas ilícitas por parte de la mujer embarazada conlleva una situación de alto riesgo para la madre, el feto y el recién nacido.

La droga consumida por la mujer gestante puede repercutir en el normal crecimiento fetal, en la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina con manifestación de síndrome de privación o, incluso, en el normal desarrollo posterior del niño. En la práctica existen otras variables asociadas al consumo de drogas durante la gestación que van a contribuir a una mayor morbilidad fetal o perinatal. La gestante consumidora de drogas no utiliza una única sustancia, sino que con frecuencia asocia otras drogas, consume tabaco y/o alcohol, está mal nutrida, padece alguna infección, en las que destacan hepatitis B, hepatitis C o infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y lleva un mal control prenatal.

Todo este cortejo requiere especial atención médica y consume sobremanera los recursos sanitarios con independencia del deterioro que la propia droga produzca en la madre^{1,2}.

En las dos últimas décadas el uso de drogas ilícitas (heroína, cannabis, cocaína, anfetaminas, nuevas drogas de síntesis, alcohol, tabaco, etc.) ha ido en aumento; la heroína utilizada en la década de 1980, va siendo sustituida por otras drogas de diseño que, aunque resultan más cómodas en su administración, no por eso son menos nocivas al feto y al recién nacido. Su incidencia se extiende en la sociedad, y en consecuencia en las mujeres en edad de procrear, con repercusión en la adaptación extrauterina de sus hijos.

¿Como actúa la propia droga sobre el feto?

Los hijos nacidos de madres consumidoras de drogas ilícitas tienen riesgo de padecer sus efectos tóxicos durante el embarazo, período neonatal y evolución posterior. La afectación del crecimiento fetal es uno de los denominadores comunes del efecto nocivo de la droga-

dición materna en el feto, pero existen en la literatura publicaciones en las que se describen alteraciones concretas para cada droga. Así, la heroína está relacionada con afectación en el crecimiento fetal respecto a peso y talla, no tanto en el perímetro craneal.

Los efectos de la cocaína en el feto no están tan claros; parece influir menos en el retraso del crecimiento intrauterino y complicaciones posnatales inmediatas; sin embargo, su asociación con metadona potencia sobremanera el síndrome de abstinencia. En estudios evolutivos posnatales se han observado alteraciones conductuales y cierta asociación con la muerte súbita en los niños expuestos a cocaína *in utero*³⁻⁶.

En experimentación animal se ha demostrado que la asociación de cocaína y alcohol produce una vasoconstricción uterina, con efecto hipóxico⁷.

La exposición prenatal al tabaco puede desarrollar una hiperrespuesta bronquial, aumentando el riesgo de infecciones respiratorias en el lactante^{8,9}.

Diversos estudios han demostrado que la exposición a drogas durante el embarazo produce alteraciones estructurales del cerebro fetal, que con frecuencia se asocian con alteraciones en los neurotransmisores, afectando a respuestas de estrés a largo plazo^{10,11}.

En la práctica no debe olvidarse que raras veces se utiliza una única droga, sino la asociación de varias, alcohol, tabaco o polidrogadicción, por lo que es difícil relacionar situaciones clínicas concretas con una droga determinada.

Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia es la principal manifestación en el recién nacido de la utilización de drogas durante el embarazo, por lo que el conocimiento de los criterios de sospecha es de vital importancia en la atención al recién nacido.

Correspondencia: Dra. J. Echeverría Lecuona.
Unidad de Neonatología. Hospital Donostia.
Pº Dr. Beguiristain, s/n. 20014 San Sebastián. España.
Correo electrónico: aneonato@chdo.osakidetza.net

Recibido en marzo de 2003.

Aceptado para su publicación en marzo de 2003.

Las principales manifestaciones clínicas comprometen al sistema nervioso central (SNC) con irritabilidad, alteración del sueño, tremulaciones o, incluso, convulsiones; las manifestaciones digestivas son más larvadas, con rechazo de la toma, saliveo, vómito o diarreas; otras manifestaciones menos precisas quedan englobadas en el concepto de alteraciones vasomotoras, metabólicas o respiratorias, fiebre, polipnea, estornudos o bostezos. Es importante efectuar una valoración periódica (cada 4 h) con el apoyo de una puntuación, hasta su estabilización. La puntuación que suele emplearse es la propuesta por Finnegan, actualizada en 1998; sus diferentes parámetros, agrupados por sistemas y con puntuaciones concretas, son de gran ayuda a la hora de interpretar un síndrome de abstinencia neonatal¹²⁻¹⁶. La puntuación de 8 o superior, en tres valoraciones consecutivas, exige el tratamiento con opiáceos y/o depresores del SNC. En la actualidad, la morfina está sustituyendo al fenobarbital en el tratamiento del síndrome de abstinencia, aunque parece que el tiempo para la estabilización del niño es más prolongado¹⁷⁻¹⁹.

Diversos estudios observacionales demuestran que los niños expuestos a polidrogas tuvieron correlación con menor respuesta terapéutica, al igual que los expuestos a cocaína. La bibliografía en este campo es muy amplia, no designando signos clínicos concretos de síndrome de abstinencia a una droga específica. Una gran variedad de drogas, opiáceos, cocaína, anfetaminas, alcohol, marihuana, incluso sustancias volátiles o la propia metadona pueden ser causantes de esta sintomatología²⁰⁻²². En este sentido, en este número de ANALES DE PEDIATRÍA se publica el trabajo "Consumo de drogas durante el embarazo y morbilidad neonatal: cambios epidemiológicos en los últimos 10 años", donde los autores exponen entre sus resultados esta misma observación, sin apreciar diferencias clínicas del síndrome de abstinencia ante el consumo/abuso de diferentes drogas durante el embarazo.

Véanse págs. 574-579

El momento posnatal de aparición de los síntomas en el niño dependerá de la droga o drogas utilizadas, de sus dosis y del tiempo transcurrido entre la última dosis anteparto y el propio parto. Los diferentes grupos de trabajo coinciden al informar que la abstinencia por heroína aparece en las primeras 24 h posnatales; sin embargo, la de metadona es más tardía, con manifestaciones clínicas entre el segundo y séptimo día de vida.

Generalmente el síndrome de abstinencia se asocia al conocimiento del consumo de droga durante el embarazo, pero en la práctica este dato no es suficiente, ya que puede no recogerse en la historia de la embarazada (el interrogatorio más detallado sólo identifica aproximada-

mente el 60%). ¿Debe realizarse un cribado de detección de drogas para identificar a los recién nacidos expuestos? Los diferentes grupos de trabajo no lo consideran así, solamente en los casos inciertos y preferiblemente con consentimiento materno.

Dentro de la atención y cuidados del recién nacido con síndrome de abstinencia algunos autores abogan por no suprimir la lactancia materna. Puede utilizarse la lactancia materna en las madres enroladas en los planes de tratamientos sustitutivos, siempre con la seguridad de que no utilicen otras sustancias o la propia heroína, y no padezcan infecciones que contraindiquen dicha lactancia, en particular la infección por VIH²³.

¿Qué conducta debe seguirse ante la utilización de drogas en el embarazo?

En Europa están adquiriendo especial relevancia los centros para la atención de grupos específicos mujeres-maternidad y tratamiento sustitutivo de droga. El programa de metadona es el más utilizado en nuestro medio, seguido en menor proporción por el tratamiento con morfina. ¿Cuál es la diferencia entre heroína y metadona? Sustancias parecidas se catalogan como diferentes, la metadona como legal y terapéutica y la heroína como ilegal y nociva.

El éxito de estos programas radica en un mejor control de la embarazada. Los principales grupos de trabajo sugieren que el aumento del número de visitas prenatales contribuyen a mejorar el bienestar de la embarazada y por tanto el del feto, disminuyendo el riesgo de bajo peso neonatal, pero a pesar de todos los cuidados, el recién nacido tendrá riesgo de padecer un síndrome de abstinencia que incluso en el caso de la metadona como tratamiento sustitutivo será algo más prolongado que el originado por otras drogas.

No se han descrito efectos propios de la metadona en el feto a excepción del síndrome de abstinencia algo más tardío que la heroína y más prolongado en el tiempo, siempre dependiendo de la cantidad y el momento de la última dosis anteparto, siendo necesarios estudios de seguimiento para conocer con exactitud dichos efectos. En la práctica, dadas las características sociales de muchas de las embarazadas integradas en estos planes de tratamientos sustitutivos, se observa que continúan con polidrogadicción, lo cual dificulta el éxito de dichos planes.

En los comienzos del siglo XXI nos encontramos en un momento en el que si bien la sociedad está muy mentalizada en el bienestar, especialmente del feto y los niños, existen reductos poblacionales que no contribuyen a conseguir este bienestar, y es precisamente hacia este grupo donde deben orientarse todos los esfuerzos. La repercusión en el niño del uso de drogas ilícitas durante el embarazo, no sólo es la privación de una droga concreta, sino todo el cortejo del entorno del niño, en especial sus padres (social, polidroga, infecciones concomitantes, nivel económico, delincuencia, etc.).

Debido a las características sociales que concurren en los grupos de usuarios de drogas, el abuso de sustancia ilícitas durante el embarazo está originando la necesidad de crear programas de atención sanitaria preparto y posparto, con especial énfasis en el apoyo social madre-hijo. Las intensas campañas informativas que se efectuaron con la aparición del VIH crearon cierto optimismo ante la modificación de algunas conductas de riesgo, pensando que disminuiría la utilización de drogas, especialmente en la población joven; pero la realidad es que seguimos atendiendo al binomio madre-embarazada consumidora de droga y su hijo, con independencia de estar o no infectada por el VIH; el VIH planteó todavía más problemas, pero la incidencia del consumo de droga y su repercusión en el niño no parece haber disminuido.

Si bien en las unidades de neonatología puede controlarse clínicamente el síndrome de abstinencia, los pediatras de atención primaria deben conocer esta patología y particularmente sus síntomas, tanto para el control de los niños diagnosticados de síndrome de abstinencia, como para posibles diagnósticos tardíos que puedan aparecer tras altas precoces de maternidad en madres no diagnosticadas como usuarias de droga²⁴.

¿Cuáles deben ser las áreas de actuación para prevenir el uso de drogas en el embarazo y evitar la morbilidad neonatal por droga materna?

Información detallada a la población con especial énfasis en los aspectos nocivos de la droga en el embarazo, tanto para la madre como en el feto. Promoción del control a toda mujer embarazada desde el punto de vista infeccioso y social; un interrogatorio detallado puede ser de gran ayuda para detectar usuarias de droga, pero el interrogatorio más detallado sólo identificará aproximadamente el 60%. Acceso a planes de desintoxicación donde existan equipos de apoyo social, con extensión en el control posnatal. Mentalización a los pediatras de atención primaria respecto a criterios de sospecha del síndrome de abstinencia tardío. Estructuración de equipos sociales para apoyo y control posparto del evolutivo del niño y su madre, tras la utilización de drogas ilícitas en el embarazo.

La atención debe dirigirse a “cómo reducir el uso de drogas en la juventud”, principalmente en la edad de procrear: aspectos de prevención, educación y rehabilitación son los pilares básicos. El Plan Nacional sobre Drogas está realizando importantes esfuerzos, junto con los planes de las diferentes autonomías para conseguir una disminución del consumo de drogas. Entre sus estrategias para el período 2003-2008 se contemplan planes orientados a la prevención escolar (utilización saludable del ocio) y planes en la educación a jóvenes.

“Cómo ayudar al hijo de madre consumidora de droga”: la falta de cuidados que estos niños pueden padecer por las características socioeconómicas de sus padres está

demandando un apoyo social y sanitario. Si bien legalmente no está estructurado, podría iniciarse su desarrollo a través de la Asociación Española de Pediatría.

Es necesario aunar esfuerzos para ofertar dichos servicios a estas madres y sus hijos, proporcionando a los niños ambientes óptimos para su normal desarrollo. De sus resultados se verá beneficiada toda la sociedad y, en concreto, los niños.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly JJ, Davis PG, Henschke PN. The drug epidemic: Effects on newborn infants and health resource consumption at a tertiary perinatal centre. *J Paediatr Child Health* 2000;36:262-4.
2. Moe V, Slinning K. Prenatal drug exposure and the conceptualization of long-term effects. *Scand J Psychol* 2002;43:41-7.
3. Smith LM, Chang L, Yonekura ML, Gilbride K, Kuo J, Poland RE, et al. Brain proton magnetic resonance spectroscopy and imaging in children exposed to cocaine in utero. *Pediatrics* 2001;107:227-31.
4. Eyster FD, Behnke M, Garvan CW, Woods NS, Wobie K, Colon M. Newborn evaluations of toxicity and withdrawal related to prenatal cocaine exposure. *Neurotoxicology Teratology* 2001; 23:399-411.
5. Leckman EB, Mayes LC, Hodgins HS. Perceptions and attitudes toward prenatal cocaine exposure in young children. *Child Psychiatry Human Development* 2001;31:313-2.
6. Accornero VH, Morrow CE, Bandstra ES, Johnson AL, Anthony JC. Behavioral outcome of preschoolers exposed prenatally to cocaine: Role of maternal behavioral health. *J Pediatr Psychol* 2002;27:259-69.
7. Mitchell ES, Keller RW Jr, Snyder-Keller A. Immediate-early gene expression in concurrent prenatal ethanol- and/or cocaine-exposed rat pups: Intrauterine differences in cocaine levels and Fos expression. *Brain Research. Developmental Brain Research* 2002;133:141-9.
8. Lux AL, Henderson AJ, Pocock SJ, The ALSPAC study Team. Wheeze associated with prenatal tobacco smoke exposure: A prospective, longitudinal study. *Arch Dis Child* 2000;83: 307-12.
9. Cano Fernández J, Zabaleta Camino C, De la Torre Montes de Neira E, Yep Chulen GA, Melendi Crespo JM, Sánchez Bayle M. Tabaquismo pasivo prenatal y postnatal y bronquiolitis. *An Pediatr* 2003;58:115-20.
10. Butz AM, Pulsifer M, Marano N, Belcher H, Lears MK, Royall R. Effectiveness of a home intervention for perceived child behavioral problems and parenting stress in children with in utero drug exposure. *Arch Pediatr Adol Med* 2001;155:1029-37.
11. Thadani PV. The intersection of stress, drug abuse and development. *Psychoneuroendocrinology* 2002;27:221-30.
12. Finnegan LP, Connaughton JF, Kron RE, Emich JP. Neonatal abstinence syndrome: Assessment and management. *Addict Dis* 1975;2:141-58.
13. www.cs.nsw.gov.au/rpa/neonatal/html/newport/nas/htm
14. White-Traut R, Studer T, Meleedy-Rey P, Murray P, Labovsky S, Kahn J. Pulse rate and behavioral state correlates after auditory, tactile, visual, and vestibular intervention in drug-exposed neonates. *J Perinatol* 2002;22:291-9.
15. O'Brien CM, Jeffery HE. Sleep deprivation, disorganization and fragmentation during opiate withdrawal in newborns. *J Paediatr Child Health* 2002;38:66-71.

16. Floch-Tudal C, Simonpoli AM, Montamat S, Couettoux MP, Crenn-Hebert C, Lejeune C. Neonatal withdrawal syndrome in twins born to a mother on methadone substitution. *Ann Med Intern* 2000;151(Suppl B):30-3.
17. D'Apolito KC, McRorie TI. Pharmacologic management of neonatal abstinence syndrome. *J Perinat Neonat Nursing* 1996;9:70-80.
18. Theis JG, Selby P, Ikizler Y, Koren G. Current management of the neonatal abstinence syndrome: A critical analysis of the evidence. *Biol Neonate* 1997;71:345-56.
19. Coyle MG, Ferguson A, Lagasse L, Oh W, Lester B. Diluted tincture of opium (DTO) and phenobarbital versus DTO alone for neonatal opiate withdrawal in term infants. *J Pediatr* 2002;140:561-4.
20. Tenenbein M, Casiro OG, Seshia MM, Debooy VD. Neonatal withdrawal from maternal volatile substance abuse. *Arch Dis Child Fetal Neonatol* 1996;74:204-7.
21. Ziegler M, Poustka F, Von Loewenich V, Englert E. Postpartum risk factors in the development of children born to opiate-addicted mothers; comparison between mothers with and without methadone substitution. *Nervenarzt* 2000;71:730-6.
22. Gomart E. Methadone: Six effects in search of a substance. *Soc Stud Science* 2002;32:93-135.
23. Ballard JL. Treatment of neonatal abstinence syndrome with breast milk containing methadone. *J Perinat & Neonat Nurs* 2002;15:76-85.
24. Oei J, Feller JM, Lui K. Coordinated outpatient care of the narcotic-dependent infant. *J Paediatr Child Health* 2001;37:266-70.