Enfoque diagnóstico-terapéutico del hijo de madre drogadicta

M. García del Río, G. Lastra Sánchez, A. Medina Soto, M. Martínez León, J. Lucena Travé y A. Martínez Valverde

Introducción

La drogadicción, que se define como el consumo habitual de sustancias que tienen un efecto nocivo sobre el individuo y con la característica esencial de la necesidad de su uso y de la tendencia a aumentar la dosis, es uno de los problemas sociales importantes en la actualidad, con un progresivo aumento en jóvenes en edad de procrear, de ahí que cada día sean más frecuentes los hijos de gestantes drogadictas.

El abuso de drogas por la gestante comparte alteraciones en su salud, que unido de forma casi habitual a una problemática psicosocial importante y a una escasa o nula vigilancia prenatal, puede conllevar graves problemas en el feto y en el recién nacido (RN), entre ellos el síndrome de abstinencia (SA) motivado cuando la gestante deja de recibir la droga (está demostrado que la barrera placentaria puede ser atravesada por multitud de sustancias, lo que convierte al feto en sujeto pasivo de la drogadicción materna y por tanto susceptible de padecer SA intraútero) o bien en el momento del parto, cuando cesa el suministro materno de la sustancia al neonato.

Existen multitud de drogas que pueden tener repercusión feto-neonatal. Unas legales, de fácil adquisición y consumo importante, como el alcohol (somos el 4º país en consumo de bebidas alcohólicas en Europa), y otras ilegales, que han experimentado un aumento muy importante en estos últimos años, con especial incidencia en jóvenes.

Diagnóstico

De sospecha

Muchas veces existe dificultad en identificar al RN que ha estado expuesto a drogas intraútero, con el riesgo de ser dado de alta hospitalaria y sufrir posteriormente problemas médicos y sociales más o menos importantes. Por eso debemos sospecharlo en:

— Historia psicosocial materna que sugiera relación con la droga.

— Madres carentes de atención prenatal.

— Puérperas que desean abandonar el hospital de forma inmediata tras el parto.

— Madres con signos de adicción (huellas de pinchazos, ...).

— Madres que reclaman medicación de forma frecuente y en grandes dosis.

Clínico

Las consecuencias que tiene en el RN el consumo de drogas por parte de la madre son muy variables y van a depender del tipo de droga, de la dosis, del tiempo de drogadicción, etc., y si a esto le unimos que la drogadicta habitualmente consume múltiples fármacos, además de alcohol y tabaco, que suelen tener infecciones asociadas y que su alimentación suele ser deficiente, nos daremos cuenta de lo difícil que será relacionar unas patologías determinadas con una droga en concreto.

De una forma general podemos indicar que las drogas pueden repercutir negativamente en el neonato de una forma precoz y de una forma tardía.

Problemas precoces

Suelen padecer estrés fetal, con evacuación de meconio y la posibilidad de su aspiración; con cierta frecuencia presenta un test de Apgar bajo; la prematuridad tiene una incidencia elevada, siendo el bajo peso para su edad gestacional casi la regla; la reducción del perímetro craneal, el aumento de malformaciones congénitas, la fragilidad y roturas cromosómicas y los infartos cerebrales también se han descrito en estos RN con más frecuencia que en la población general, así como anomalías en el comportamiento neurológico.

Las infecciones (sepsis, lúes, SIDA, hepatitis B y C, ...) se ven favorecidas por el estilo de vida de la madre y por el mal entorno familiar y social que suelen acompañar a estos RN.

Pero el efecto específico más importante del consumo materno de drogas sobre el feto lo constituye el síndrome de abstinencia.

"SÍNDROME de ABSTINENCIA a DROGAS del RN" (SADRN)

Existe una gran cantidad de drogas consumidas por las gestantes capaces de provocar SADRN, como benzodiacepinas, anfetaminas, cocaína, alcohol, fenciclidina, barbitúricos, meprobamatos, etc., aunque son los opiáceos (heroína, metadona, morfina, codeína) los que más lo provocan y con más intensidad.

La fecha de aparición del SADRN y su duración son muy variables y van a depender del tipo de droga o drogas consumidas, del intervalo de tiempo transcurrido entre la última dosis materna y el parto (a más cercanía, mayor incidencia del síndrome), de la semivida de eliminación de la droga (a mayor semivida, aparición más tardía del síndrome) y a una serie de factores no identificados. En general el SA aparece entre las 24-48 horas después del parto, siendo a veces de aparición muy precoz, como los provocados por la heroína o el alcohol, o algo más tardío, como los provocados por barbitúricos (4-7 días posparto), benzodiacepinas (7-12 días) o metadona , que aunque puede provocar abstinencia precoz, puede retrasarse hasta los 20-30 días de vida.

Los RN pretérmino pueden tener menos predisposición al síndrome y ser de menor intensidad debido a la inmadurez del sistema nervioso central (SNC) y a la menor exposición total a la droga.

Los signos y síntomas que componen el SADRN son variados, destacando: hiperexcitabilidad del SNC (irritabilidad, temblores, hiperactividad, hipertonía, llanto agudo, mioclonías, convulsiones), alteraciones digestivas (regurgitaciones, vómitos, diarreas, voracidad), alteraciones vegetativas (sudoración, hipersecreción de mucosas, fiebre, erupciones cutáneas) y alteraciones cardiorespiratorias (taquipnea, congestión nasal, taquicardia).

La valoración de estas manifestaciones clínicas y su evolución son fundamentales para instaurar tratamiento farmacológico, existiendo para ello diferentes escalas y puntuaciones, pero con el inconveniente de que están diseñadas para valorar la abstinencia a opiáceos y no a otro tipo de droga. En la tabla I se representa la escala de Finnegan modificada.

Es conveniente resaltar que los RN hijos de heroinómanas tienen menor incidencia de

ictericia neonatal y de membranas hialinas, pues la heroína actúa como inductor enzimático de los hepatocitos, dando lugar a una maduración más temprana del sistema glucoroniltransferasa, y estimula la síntesis de surfactante.

Problemas tardíos

Se pueden observar alteraciones en su comportamiento (agresividad, hiperactividad), retrasos madurativos, retrasos pondoestaturales, etc., que van a estar muy condicionados por el entorno familiar de estos niños. También se descubre mayor incidencia de síndrome de muerte súbita del lactante.

En la tabla II se relacionan las drogas de uso más habitual consumidas por la madre y sus efectos en el RN.

Pruebas complementarias

Se efectuarán:

— Determinaciones de niveles de drogas en orina, meconio o suero. Las determinaciones en orina pueden tener una tasa alta de falsos negativos pues sólo serán positivas en los RN que han tenido una exposición reciente a la droga. La determinación en meconio tiene menos falsos negativos, por lo que la posibilidad de identificación de los neonatos de madres adictas a drogas es mayor.

— Serologías de hepatitis B y C, enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH.

— A veces habrá que ampliar el estudio (bioquímica, cultivos, punción lumbar, ecografía cerebral, Rx de tórax) para efectuar el diagnóstico diferencial cuando el RN presente alguna otra patología.

Diagnóstico diferencial

Ningún signo clínico se debería atribuir únicamente al SADRN sin haber efectuado una evaluación completa del RN y, a veces, pruebas diagnósticas para descartar otras causas.

El diagnóstico diferencial habrá que hacerlo con innumerables patologías, pero básicamente con hipoglucemia, sepsis, meningitis, hipocalcemia, y con todas aquellas que cursan con incremento de la actividad neurológica.

Tratamiento

— El RN hijo de madre drogadicta deberá ser ingresado para vigilar la posible aparición de SA.

— Se administrará vacunación e inmunoglobulina de hepatitis B.

— Se estudiarán las posible infecciones transmitidas por la madre para efectuar un tratamiento precoz, así como de la posible prematuridad.

— Se seguirán las normas habituales de alimentación, teniendo en cuenta que la lactancia materna no se recomienda si la madre ha consumido drogas durante el embarazo, mantiene el consumo posparto o presenta serología que la contraindique.

— Si presenta SA, el tratamiento inicial será de apoyo, que incluye: disminución de estímulos sensoriales (luz, ruidos), administración de tomas pequeñas y frecuentes de alimento (hay que considerar las mayores necesidades energéticas de estos neonatos) y calmar su llanto cogiéndolo en brazos o acunándolo.

La decisión de utilizar tratamiento farmacológico debe ser individualizado y se debe basar

TABLA I. Escala de puntuación del grado del síndrome de abstinencia neonatal a opiáceos (modificada de Finnegan)

A. Alteraciones del SNC	
Llanto agudo	2
" " continuo	3
Duerme < 1 hora después de comer	3
" < 2 horas " "	2
" < 3 horas " "	1
Reflejo de Moro hiperactivo	2
" " " marcadamente hiperactivo	3
Temblor ligero al ser molestado	1
" moderado o grave al ser molestado	2
" ligero espontáneamente	3
" moderado o grave espontáneamente	4
Hipertonía muscular	2
Excoriaciones	1
Mioclonías	3
Convulsiones generalizadas	5
B. Alteraciones vegetativas y respiratorias	
Sudoración	1
Temperatura 37,2 - 38,3 ºC	1
" ≥ 38,4 ºC	2
Bostezos frecuentes	1
Erupciones cutáneas fugaces	1
Obstrucción nasal	1
Estornudos frecuentes	1
Aleteo nasal	2
Frecuencia respiratoria > 60 / minuto	1
" " " y tiraje	2
C. Alteraciones gastrointestinales	
Succión con avidez	1
Rechazo del alimento	2
Regurgitaciones	2
Vómitos a chorro	3
Deposiciones blandas	2
" líquidas	3

TABLA II. Drogas de abuso de más frecuente consumo por la madre y sus efectos en el RN

	Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Cannabis
Test de Apgar bajo	+ +	+	+	+ / -
Prematuridad	+	+	+	+ / -
RNPEG	+	+	+ +	+ / -
PC reducido	+ / -	+	+	-
Malformaciones congénitas	-	+	+	+ / -
Fragilidad y rotura de cromosomas	+	-	-	-
Infarto cerebral	-	+	-	-
SADRN	+ + +	+	+	-
SMSL	+	+	-	-

RNPEG = Recién nacido pequeño para la edad gestacional
PC = Perímetro craneal
SADRN = Síndrome de abstinencia a drogas del recién nacido
SMSL = Síndrome de muerte súbita del lactante

en la gravedad de los signos y síntomas del SA, por lo que se debe usar cualquier escala que los mida de forma objetiva, como por ejemplo la escala de Finnegan (tabla I). En esta escala, cuando los valores sean iguales o superiores a 8 deberá iniciarse tratamiento farmacológico, el cual sería preferible del mismo tipo que el causante de la abstinencia.

La duración del tratamiento depende de la evolución clínica, siendo conveniente ajustar la dosis en base a la puntuación de la escala y efectuar un descenso lento y progresivo, habitualmente un 10% cada día, para evitar efectos de rebote.

A veces la intensidad del SA obliga a alimentación enteral por sonda nasogástrica y otras veces será necesaria la administración de líquidos intravenosos.

En la tabla III se exponen los fármacos más frecuentemente usados en el SADRN, con sus ventajas, inconvenientes y dosis.

TABLA III. Fármacos más usados en el tratamiento del SADRN			
	Ventajas	Inconvenientes	Dosis
Solución de morfina: concentración de morfina de 0,4 mg/ml	– Para algunos la 1ª elección en la abstinencia a opiáceos – Controla todos los síntomas – Suele mantener la succión normal	– Sedación – Estreñimiento – Sobredosis: narcosis con hiporreflexia, hipotermia, bradicardia, depresión respiratoria	– Inicial: 0,05 ml/kg/4-6 horas. v.o. – Si no hay respuesta: aumentar a razón de 0,05 ml/kg/dosis hasta 0,8-1,5 ml/kg/día.
Fenobarbital	– De elección en el SA por drogas no narcóticas – Controla todos los síntomas menos los gastrointestinales	– Sedación – No controla la diarrea – Succión alterada	– Dosis de ataque: 15-20 mg/kg i.m. – Mantenimiento: 5-8 mg/kg/día v.o. o i.m. dividido cada 8 horas – Conveniente hacer niveles plasmáticos si no ceden los síntomas, para aumentar medicación
Clorpromacina	– Controla signos del SNC y gastrointestinales en el SA por narcóticos	– Hipotermia – Prolongado tiempo de eliminación de sus metabolitos – Succión alterada – No es del grupo de fármacos al que el RN estuvo expuesto – Muchos desaconsejan su uso	– 1,5-3 mg/kg/día dividido cada 6 horas i.m. y después v.o. (2-4 días y disminuir)
Metadona	– Tratamiento en el SA por metadona	– Disminución lenta y mantenida de la concentración plasmática, dada su larga semivida – Sedación	– 0,05-0,1 mg/kg/6 horas i.m.
Diacepam	– Rápida supresión de los signos del SA a narcóticos	– Lenta metabolización y eliminación – No controla diarrea – Succión débil – Sedación – Desplaza a la bilirrubina de la albúmina	– 0,3-0,5 mg/kg/día. Dividido cada 8 horas i.m. o v.o.

Bibliografía

1. Academia Americana de Pediatría. Abstinencia neonatal a drogas. Comité sobre drogas. Pediatrics (ed. esp.) 1998; 45: 436-46.
2. Eyler F, Behnke M. Resultado al nacimiento de un estudio prospectivo y comparable del consumo prenatal de crack/cocaína. Pediatrics (ed. esp.) 1998; 45: 153-4.
3. Finnegan LP. Effects of maternal opiate abuse on the newborn. Fed Proc 1985; 44: 2314-7.
4. Gallo M, Lacoste JA, Ramírez MT, Sánchez M, Romero MM, Lozano M, Rohde A, García del Río M, Abeshera M, Martínez Valverde A.

Resultados perinatales de la drogodependencia durante el embarazo. Clin Invest Gin Obst. 1993; 20: 64-74.

5. García del Río M, Lastra Sánchez G. Drogodependencia a opiáceos y su problemática perinatal. Actualidad Médica 1992; 78: 323-32.

6. Jiménez R, Figueras J, Botet F. Neonatología. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos (2ª ed). Ed Espaxs, Barcelona, 1995.

7. Martínez A,Colin Partridge J, Bean X, William Taeusch H. Abuso perinatal de sustancias. En Taeusch Ballard: Tratado de Neonatología de Avery (7ª ed. esp). Ed. Harcourt, Madrid, 2000.

8. Moro Serrano M. El hijo de madre adicta a drogas. En: De Paz Garnelo JA. Pediatría preventiva y social (3ª ed). Interbinder, Madrid, 1997.

9. Mur A, Viñolas M. Consumo de drogas durante la gestación y sus repercusiones pediátricas. Arch Pediatr 1995; 46: 9-15.

10. Schechner S. Drug abuse and withdrawal. En: Cloherty J, Stark A. Manual of neonatal care (4ª ed). Ed. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1998.

NOTAS