

Originales

Síndrome de privación neonatal a metadona

M.E. VÁZQUEZ, C. CORDÓN, C. DE HOYOS, M.P. ARAGÓN

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

RESUMEN

Se revisan 7 recién nacidos hijos de madre adicta a metadona sola o asociada a heroína, entre 1994 y 1995, ambos inclusive. Se observa un incremento del número de casos en los últimos dos años. Los factores de riesgo encontrados estaban ligados a la desfavorable situación socioeconómica materna, bajo peso⁽⁴⁻⁷⁾, prematuridad⁽¹⁻⁷⁾ e infecciones asociadas⁽⁵⁻⁷⁾, como VIH y hepatitis B y C. El síndrome de abstinencia apareció en todos los casos. La intensidad y persistencia era mayor, comparativamente a otras drogas de abuso. Las manifestaciones digestivas fueron las de peor control, provocando estancias hospitalarias prolongadas.

Palabras Clave: Síndrome de abstinencia neonatal. Metadona.

NEONATAL WITHDRAWAL SYNDROME BY METHADONE

ABSTRACT

Seven newborns of methadone and/or heroin addicted mothers were

reviewed between 1994 and 1995, inclusively. A progressive increase in number of case was observed in the two last years. The factor of risk were tied to the unfavourable social-economical situation of the mother, low birth weight⁽⁴⁻⁷⁾, preterm⁽¹⁻⁷⁾ and infections⁽⁵⁻⁷⁾, like VIH and hepatitis B and C virus. Neonatal withdrawal syndrome was present in all cases. The digestive manifestations were the most difficult to treat, originating prolonged hospital stays.

Key Words: Neonatal withdrawal syndrome. Methadone.

INTRODUCCIÓN

Definimos el síndrome de abstinencia neonatal a la reacción del organismo del recién nacido, a la ausencia de la droga a la que ha estado habituado durante la gestación. Los síndromes de privación neonatal a drogas de abuso, han crecido en las unidades de neonatología paralelamente al aumento de la drogadicción en la sociedad actual.

En nuestro ámbito, la heroína ha sido la droga que con más frecuencia ha estado implicada en el síndrome de privación neonatal⁽³⁾, asistiendo en la actualidad al aumento de la incidencia de metadona. La cultura sanitaria de la drogadicta hace que cuando se encuentre embarazada, acuda a centros de desintoxicación, donde le es administrada la metadona como sustituto de otras adicciones. Es probable que en un futuro próximo la mayor parte de los síndromes de abstinencia neonatal sean secundarios a metadona, suministrada por centros asistenciales. Es una adicción terapéuticamente reglada de la madre, con mayor vigilancia sanitaria y obstétrica, que mejora los resultados perinatales globales.

La metadona es el agonista opiáceo, que presenta los mejores resultados terapéuticos en el control y la deshabituación de la madre drogadicta. Su administración es oral y es suministrada en los centros autorizados y regulado su uso por el decreto Ley de 19 de enero 1990 (BOE 23 de enero 1990). A pesar de presentar ventajas apreciables frente a otros tipos de medicación ensayadas, no debemos olvidar que se tra-

Correspondencia: *Marta Esther Vázquez Fernández, C/ Palomares 31, 1º, 47005 Valladolid*

ta de de la sustitución de un opiáceo por otro, siendo el segundo susceptible de reducción progresiva en la dosis eficaz. Aún así la duración del programa de supresión, varía entre 1 y 20 años⁽¹⁾.

La problemática presente sobre el embarazo de la madre adicta a drogas, involucra patología prenatal (ej.: aumento del número de abortos), postnatal inmediata (ej.: síndrome de abstinencia) y secuelas a largo plazo (ej.: futuro comprometido por infecciones como VIH o hepatitis o riesgo social del medio). Los mejores resultados posibles, atañen tanto a profesionales sanitarios y sociales, como a obstetras, neonatólogos y pediatras generales.

El objetivo del presente trabajo es el estudio de la problemática que presentan los recién nacidos, hijos de madre sometida a tratamiento de deshabituación con metadona, durante la gestación, basado en la experiencia personal y en la revisión de la bibliografía disponible.

MATERIAL Y MÉTODO

Se procedió al estudio retrospectivo de las historias clínicas de siete pacientes ingresados en el Servicio de Neonatología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, en los años 1994 y 1995, cuyo diagnóstico al alta era síndrome de abstinencia neonatal a metadona (Tabla I). Se valoraron los antecedentes sociales y sanitarios familiares, estado de salud de los padres, historia previa, vigilancia obstétrica de la madre, tipo de parto y situación del

recién nacido en el período neonatal inmediato. Se tabularon los datos clínicos recogidos durante el ingreso de los pacientes, junto con los tratamientos que fueron necesarios para el control de la sintomatología. Así mismo, se recogió la estancia media y el estado de salud de los pacientes al alta.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los antecedentes familiares analizados, nos indican que se trata de hijos de madres con problemas sociofamiliares graves, ninguna de ellas con profesión o actividad laboral reconocida, sólo dos de ellas eran casadas y otras dos tenían pareja conviviente, ambos drogadictos, en las tres restantes no existía padre reconocido. La edad de las madres era de 24 años, sólo una era primigesta. En los antecedentes obstétricos se recogen un total de 7 abortos acumulados en 4 pacientes. A pesar de la relativa juventud de las gestantes y de las desfavorables condiciones socioeconómicas^(5,8), los embarazos previos eran frecuentes, testigo del escaso control de su fertilidad. Uno de cada dos embarazos acabó en aborto, en cifras globales⁽⁷⁻¹⁴⁾, informados como espontáneos (cuatro) o como provocados (tres). Cinco gestantes (71,4%) eran portadoras de infecciones víricas crónicas: dos portadoras de VIH, dos de hepatitis B y una de hepatitis C. Las infecciones reseñadas están en relación con hábitos de administración parenteral previa de drogas inicialmente utilizadas. Esta situación sanitaria compromete severamente el futuro de los

neonatos⁽⁶⁾, a pesar de la administración sistematizada de la vacuna de hepatitis B en período neonatal inmediato, y del seguimiento frecuentemente parcial, por abandonos terapéuticos, con AZT como profiláctico de la transmisión vertical del VIH. La adicción materna previa había sido sustituida por metadona en la totalidad de los casos, aunque tres de ellas informaban de haber consumido además heroína fumada de forma esporádica. Todas ellas eran fumadoras de tabaco de forma habitual a lo largo de la gestación.

El control gestacional fue adecuado en todas las pacientes, salvo en un caso en que era tardío y sólo había efectuado tres controles prenatales. La vigilancia obstétrica correcta está en relación a la sensibilidad sanitaria de estas madres que intentan comportamientos responsables durante su embarazo. El índice de retención en los programas de deshabituación de las embarazadas supera ampliamente el promedio del resto del colectivo⁽¹⁾. En seis de las gestantes, la gestación llegó a término, solo en uno se acortó a 36 semanas y corresponde a una madre que asociaba a la metadona heroína fumada.

Todos los partos fueron vaginales y no instrumentales, como corresponde a edades maternas de paridad óptima. El líquido amniótico fue normal en la totalidad de los pacientes y el test de Apgar fue monótonamente normal⁽⁹⁻¹⁰⁾, ambos parámetros ponen de manifiesto la ausencia de sufrimiento fetal agudo. El peso al nacimiento fue bajo para la edad gestacional en cuatro de los pacientes de los cuales tres correspon-

TABLA I. CASOS CLÍNICOS

Droga	Edad materna	Estado civil	G/P	Infección materna	Fuma	Control gestacional	Parto	L.A.	Apgar	Somatometría	Estancia hospital	Tto, FB
Heroína+metadona	27 años	S (padre droga)	G3P1 (2ab.)	Hepatitis C	?	6 visitas	N (39 s.)	N	9/9	P≤ 10%	8 días	18 d
Heroína+metadona	20 años	? (padre droga)	G2P2	VIH+	Sí	3 visitas	N (40s)	N	9/10	PyPC≤ 10%	21 días	20d
Heroína+metadona	23 años	Soltera	G2P1 (1ab.)	-	Sí	5 visitas	N (36 s)	N	9/10	P, TyPC≤ 10%	35 días	34 d
Metadona	23 años	Soltera	G4P1 (3ab.)	AcHBc+	Sí	7 visitas	N (40s)	N	9/10	PyPC≤ 10%	11 días	18 d
Metadona	25 años	Casada	G1P1	-	Sí	11 visitas	N (40s)	N	9/10	P:2.950 (25-50%)	26 días	41 d
Metadona	25 años	?	G3P2 (1ab.)	VIH+	Sí	10 visitas	N (41s)	N	9/10	P:3.000 (25-50%)	29 días	28 d
Metadona	26 años	Casada	G2P2	H.C, AcHBc+	Sí	8 visitas	N (41s)	N	9/10	P: 3.340 (50-75%)	15 días	25 d

G: gestación; P: paridad; N: normal; LA: líquido amniótico; P: peso; T: talla; PC: perímetro cefálico.

dían a la asociación de heroína más metadona y sólo uno a la serie de metadona exclusiva. Los tres pacientes cuyo peso fue normal, corresponden a los últimos habidos, cronológicamente en la Unidad, con mejor control prenatal y mayor integración asistencial en los centros de seguimiento. Es posible que en los primeros casos en los que informaban la asociación con heroína se tratara de una poliadicción ocultada y que está presente en todas las series con una frecuencia próxima al 40%. La metadona controla bien la ansiedad y la sintomatología de privación de la droga primitiva, pero no produce los efectos euforizantes, por lo que es frecuente que parte de estas pacientes asocien otro tipo de fármacos que se los proporcione. El tabaquismo materno fue una constante en las madres de nuestros pacientes y su contribución al bajo peso podría ser valorado.

La sintomatología clínica debutó en todos los pacientes en segundo día de vida. El periodo de tiempo transcurri-

do entre la última dosis de metadona materna y el parto fue inferior a 24 horas en todos los casos. Las madres previenen la aparición de sintomatología de abstinencia durante el trabajo del parto y procuran acercar deliberadamente la última dosis recibida. Este hábito materno justifica que el comienzo de la sintomatología se demore en el 100% de nuestros casos al segundo día de vida, dado que la metadona mantiene su efecto durante 24-48 horas.

La totalidad de los pacientes fueron clínicamente expresivos, es decir, una incidencia de sintomatología del 100%; en otras series comunicadas varía entre el 80 y el 100%⁽⁵⁾. Por el contrario, en otras adicciones, la incidencia de síndrome de abstinencia neonatal se encuentra entre el 60-70%^(2,4). Dos explicaciones parecen coherentes para explicar esta disparidad: en primer lugar, es probable que la regularidad y la metódica de administración de metadona, cree una dependencia más fija, que

otros mórficos, que son conseguidos de forma más irregular tanto en dosis como en intervalo de tiempo. El segundo parámetro a considerar es la dosis recibida por la madre; la frecuencia del síndrome de abstinencia neonatal, su intensidad y su duración están correlacionadas con las dosis requeridas para el control materno^(7,8), en especial cuando la dosis es superior a 20 mg/día. La dosis media recibida por las madres de nuestra serie era de 20 mg, que es una dosis considerada como aceptable durante el embarazo.

Es importante reseñar aquí, que es inoportuno intentar la retirada de una droga de abuso durante la gestación (será sustituida por metadona) o proceder al descenso brusco de la dosis de metadona suministrada. El riesgo de aparición de un síndrome de abstinencia materno durante el embarazo⁽²⁾, condiciona la hiperexcitabilidad uterina que conduce al aborto y al nacimiento de pretérminos. Así mismo, durante estadíos gestacionales más tardíos, se pro-

TABLA II. EVALUACIÓN DE LA ABSTINENCIA NEONATAL. TEST DE FINNEGAN

Alteraciones del sistema nervioso central	Puntuación
Llanto agudo	2
Llanto agudo continuo	3
Duerme menos de 1 hora tras la comida	3
Duerme menos de 2 horas tras la comida	2
Temblor leve si se le perturba	1
Temblor moderado severo si se le perturba	2
Temblor leve sin que se le perturbe	3
Reflejo de Moro hiperactivo	2
Reflejo de Moro muy hiperactivo	3
Incremento del tono muscular	2
Escoriaciones	1
Mioclónías	3
Convulsiones	5
Alteraciones vasomotoras, metabólicas y respiratorias	
Sudoración	1
Fiebre (menor de 38,4° rectal)	1
Fiebre (38,4° o más rectal)	2
Bostezos frecuentes (más de 3-4 veces/intervalo)	1
Moteado macular	1
Aleteo nasal	2
Congestión nasal	1
Estornudos (más de 3-4 veces)	1
Enrojecimiento nasal	2
Frecuencia respiratoria 60/min	1
Frecuencia respiratoria 50/min con tiraje	2
Alteraciones gastrointestinales	
Succión excesiva	1
Mala alimentación	2
Regurgitación	2
Vómitos	3
Deposiciones blandas	2
Deposiciones líquidas	3

duce un síndrome simultáneo de deprivación fetal, con aumento del consumo de oxígeno y compromiso del intercambio placentario. Es la fisiopatología del retraso de crecimiento intrauterino, presente en las series de drogadicadas no controladas terapéuticamente. Los mejores resultados perinatales obtenidos en las gestantes sometidas a tratamiento con metadona, son debidos a la prevención terapéutica del síndrome de abstinencia materno-fetal y a su mejor control obstétrico y sanitario.

Los síntomas observados en nuestros pacientes involucran al ámbito neurológico (100%): llanto agudo continuo, acortamiento de los periodos de sueño, hiperexcitabilidad y tremulaciones. No se presentaron convulsiones en ninguno de los neonatos. La distermia, la polipnea y las frecuencias cardíacas en límites altos, le siguen en frecuencia. La sintomatología de la esfera gastrointestinal (42,8%) se presentó de forma más tardía y prominente en nuestros pacientes, con avidez alimenticia, vómitos y regurgitaciones frecuentes, distensión abdominal y la presencia de diarrea estéril por hipermotricidad intestinal.

La sintomatología digestiva condicionó en dos pacientes descensos ponderales significativos y la necesidad de establecimiento de alimentación enteral a débito continuo con dieta elemental, hasta el restablecimiento de estado nutritivo y normalización del tránsito. Esta situación obligó a la hospitalización prolongada, por mostrarse rebeldes a las medidas terapéuticas ensayadas y condicionar compromiso vital severo.

TABLA III. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL

Fármaco	Dosis	Efectos secundarios más importantes
Fenobarbital	2-4 mg/kg/8-12h	Sedación. Dificultades en la succión. Mal control de alteraciones gastrointestinales.
Diazepam	0,1-0,3 mg/kg/día (según severidad)	Sedación. Dificultades en la succión. Mal control de alteraciones gastrointestinales. Alter. de fijación de bilirrubina-albúmina (benzoato sódico).
Clorpromazina	1-2 mg/kg/día	Cardiovasculares, endocrinas, sist. nervioso autónomo. * Mejor control de alteraciones digestivas.
Tintura de opio	2 gotas/kg/4-6h	Somnolencia. Constipación. * Mejor control neurológico y digestivo.
Metadona	0,05-0,1 mg/kg/6h	Idem al opio
Clonidina	3-4 µg/kg	Requiere control. Poca experiencia. *Los 2 α-adrenérgicos y opiáceos actúan en el mismo receptor.

El test de Finnegan (Tabla II), se muestra útil para el control de estos pacientes, en especial como control evolutivo⁽⁴⁾, al objetivar numéricamente la situación clínica del neonato. Las puntuaciones asignadas son paralelas a su severidad, de manera que puntuaciones altas, corresponden a los síndromes de privación más graves y persistentes. Es una adaptación de los tres estadios clásicos del síndrome de abstinencia a drogas en otra edad de la vida (fase inicial, intermedia y tardía), si bien es cierto que cronológicamente, los acontecimientos se precipitan y superponen en el periodo neonatal. La sintomatología digestiva corresponde a la fase tardía (a partir del 7º día) y su

presentación clínica es la temporalmente más demorada.

El tratamiento propuesto se basa en medidas de índole general, como el mantener estos niños en ambientes con escasos estímulos sensoriales de índole acústica y lumínica (no siempre fácil en Unidades Neonatales siempre bien iluminadas), alimentación fraccionada y frecuente y mantenerles en brazos y mecerlos. Este tipo de medidas deberán ser aplicadas en todos los pacientes.

El soporte medicamentoso propuesto figura reflejado en la tabla III. En nuestro caso fue utilizado el fenobarbital en la totalidad de los pacientes y en tres de los casos se asoció dia-

zepam. Otras propuestas terapéuticas nos parecen tan válidas como la que utilizamos y es probable que el decantarnos hacia una opción u otra, esté solo en relación con la mayor experiencia en el manejo del fármaco. En general los autores anglosajones optan más por el uso de soluciones de opio, mientras que en la literatura española el fenobarbital^(4,2), diazepam⁽²⁾ y la clorpromazina^(2,4) son más usados.

La estancia media de nuestra serie fue de 20 días (rango 8 a 35 días), siendo las estancias más prolongadas las que corresponden a los pacientes con sintomatología digestiva. Es pues una patología que mantiene hospitalizados a los neonatos durante las tres primeras semanas de vida, con los consiguientes costes sanitarios y familiares. El entrenamiento de las madres, la atención de su problemática psicosocial⁽⁸⁾ y el evitar tratamientos domiciliarios de los pacientes con medicación psicotrópica, son parte de la prolongación de las estancias hospitalarias.

Los segundos diagnósticos emitidos al alta fueron en dos de los casos infección urinaria, y en un caso sepsis tardía, que respondieron adecuadamente a la antibioterapia utilizada.

CONCLUSIONES

1. Tendencia hacia el incremento del número de recién nacidos hijos de madre adicta a metadona en los últimos años.

2. Mayor persistencia e intensidad de síndrome de abstinencia a metadono-

na comparativamente a otras drogas de abuso (en relación a administración terapéuticamente reglada).

3. Test de Finnegan es útil en el control evolutivo de estos pacientes.

4. Las manifestaciones digestivas son las de peor control, originando estancias hospitalarias prolongadas.

5. El tratamiento con metadona se asocia a mejores resultados perinatales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorenzo P, Leza JC, Lizasoai NI. Drogodependencias en Farmacología. En: Velázquez y cols. Cap. 30, Ed. Interamericana. XVI Ed. Madrid 1993, pp. 498-529.
2. Arcas Cruz R, Figueras J, Vilanova JM, Comas L, Jiménez R, Cruz M. Recién nacido de madre adicta a las drogas: Aspectos maternos, perinatológicos, neonatales y síndrome de abstinencia. *An Esp Pediatr* 1991; 34:123-127.
3. Navarro C, Botet F, Figueras J, Jiménez R, Cruz M. Aspectos perinatales del hijo heroínmano. *An Esp Pediatr* 1989; 26:251-254.
4. González J, Arroyo J, López J y cols. Recién nacido de madre drogadicta. problemas clínicos y terapéuticos. *An Esp Pediatr* 1989; 31:205-209.
5. Casado J, Ba-No A, Lirio J, Solera O. Hijos de padres heroínmanos: un grupo de riesgo. Estudio de 119 casos. *An Esp Pedt* 1993; 39:125-131.
6. Kempley S. Methadone maintenance treatment. Pregnant women taking methadone should be warned about withdrawal symptoms in babies (letter). *BMJ* 1994; Feb 88; 310(6977):464.
7. Malpas TJ, Darlow BA, Lennox R, Horwood LJ. Maternal methadone dosage and neonatal withdrawal. *NZJ Obstet Gynaecol* May 1995; 35:175-177.
8. Van BMR, de Graaf. Cognitive development at preschool-age of infant of drug-dependent mothers. *Dev Med Child Neurol* 1994; 36:1063-1075.