

ORIGINALES

Síndrome de abstinencia en el recién nacido de madre tratada con metadona

F. GONZÁLEZ RODRÍGUEZ; MC. MORO BAYÓN; Z. GARCÍA AMORÍN y J. LÓPEZ SASTRE

RESUMEN: Se presentan los datos más significativos del estudio de 11 recién nacidos (RN) de madres heroínómanas a tratamiento con metadona durante el embarazo, ingresados en nuestro Servicio desde el mes de diciembre de 1984 hasta agosto de 1986. Se estudian los factores patológicos asociados en la gestación y su repercusión en el RN, las características del parto, los datos somatométricos del RN, las manifestaciones clínicas del Síndrome de abstinencia a metadona y la respuesta al tratamiento con fenobarbital. Se recomienda el estricto seguimiento de estos pacientes. PALABRAS CLAVE: RECIÉN NACIDO. METADONA. SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

WITHDRAWAL SYNDROME IN NEWBORNS OF METHADONE TREATED MOTHERS. (SUMMARY): We report here the more relevant data from a series of 11 heroin-addicted mothers newborns. The mothers had been under methadone treatment all through the pregnancy and the babies were delivered in our Service from December 1984 to August 1986. We have studied the pathology associated to the pregnancy and its influence on the newborn, the patterns of the delivery, the somatometry of the newborn, the appearance of the methadone withdrawal syndrome and the response to phenobarbital treatment. A close follow up of these patients is recommended. KEY WORDS: NEWBORN. METHADONE. WITHDRAWAL SYNDROME.

INTRODUCCIÓN

Desde que a principios de los años setenta, aparece el problema de la drogodependencia en nuestro país, el número de personas adictas a distintos tipos de estupefacientes, y en concreto a los narcóticos opiáceos, ha ido en progresivo aumento (1).

El hecho de que un importante porcentaje de adictos sean mujeres en edad fértil (2), ha dado lugar a una patología neonatal, hasta hace poco desconocida en nuestras unidades de neonatología, representada por el Síndrome de Abstinencia a

Opiáceos (SAO), con el cortejo de entidades patológicas que a menudo coexisten (hepatitis, lues, SIDA, malnutrición, etc.) (3-4).

La notable incidencia actual del problema y el aumento al que presumiblemente vamos a asistir en un futuro, hacen necesario el conocimiento de esta entidad y de la patología que de ella se deriva (5).

CASUÍSTICA

Se estudiaron 11 RN hijos de madres heroínómanas ingresados en nuestra Uni-

dad de Neonatología desde diciembre de 1984 hasta agosto de 1986. Todas las gestantes habían estado a tratamiento sustitutivo con metadona durante el embarazo, si bien sólo 4 lo habían hecho bajo supervisión médica, ya que el resto no había tenido ningún tipo de control prenatal.

En aquellos casos en los que se realizó seguimiento en consulta prenatal, se sumaron a los estudios sistemáticos determinaciones serológicas para lues, hepatitis, y recientemente para la detección de anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). Los partos fueron considerados de alto riesgo y asistidos como tales.

Los 11 RN permanecieron ingresados en observación el tiempo necesario para descartar, o en su caso confirmar, el SAO. Como estudios complementarios se realizaron análisis hematológicos (hemograma, VSG, plaquetas), bioquímicos (glucosa, urea, ionograma, calcio, magnesio, gasometría capilar) y bacteriológicos (marcadores víricos de hepatitis, serología de lues, anticuerpos anti HIV y serología TORCH). En todos los casos en que presentó el SAO se intauró terapéutica con fenobarbital.

RESULTADOS

Uno de cada 71 partos ocurridos en nuestro centro lo fue de madre heroínómana cuya edad media era de 26,7 años (22-32 años).

Se han encontrado factores patológicos asociados en el 81.8 % de las gestantes. El 45,4 % (5/11) presentaron serología de lues positiva, de las cuales solo 2 habían recibido tratamiento. El 36 % (4/11) padecía infección vaginal por candidas. El 27,2 % (3/11) presentaban serología positiva para anticuerpos frente al virus B con antígeno de superficie negativo. Dos eran

portadoras de infección urinaria, y en otros dos casos se obtuvo serología anti HIV positiva, si bien este último estudio no se pudo realizar en todas las pacientes por ser una determinación de reciente incorporación en nuestro medio, lo que nos hace suponer una incidencia más elevada.

El 100 % eran fumadoras en mayor o menor cuantía (10-40 cigarrillos/día) y sólo un pequeño porcentaje reconoció el consumo de bebidas alcohólicas. En lo que se refiere al seguimiento del tratamiento con metadona, hay que reseñar que 4 gestantes (36,6 %) reconocieron haber utilizado otro tipo de drogas durante el embarazo. En un caso fue heroína y en los tres restantes heroína y cocaína.

Diez de los once partos se realizaron por vía vaginal sin incidencias siendo el restante una cesárea por presentación de nalgas. El Apgar al minuto fue superior a 7 en nueve de los once RN. En el RN por cesárea el Apgar fue de 5. Un RN fue considerado mortinato. El peso medio de los RN fue de 2.836 grs. (2.325-3.650 grs.) lo que supone 352 grs. menos que la media general en nuestro centro. De bajo peso para la edad gestacional hubo tres RN y prematuro uno.

La incidencia del SAO en los diez RN vivos fue de un 70 %. De estos, cinco presentaron SAO precoz, uno SAO tardío y otro SAO precoz y tardío. Los signos clínicos del SAO precoz se hicieron evidentes entre las primeras 24 horas y los cinco días de vida. Los dos casos de SAO tardío se iniciaron a los quince y veinte días respectivamente. En todos los casos el SAO debutó con síntomas neurológicos (irritabilidad, tremor, hipertonía, convulsiones, etc.) que fueron los más constantes y de mayor duración. Los datos clínicos más relevantes se recogen en la tabla I. La duración media de la sintomatología fue de 16 días (8-40 días).

TABLA I. MANIFESTACIONES CLINICAS DEL SINDROME DE ABSTINENCIA A METADONA

IRRITABILIDAD	7/7
TREMOR	7/7
HIPERTONIA	6/7
HIPERACTIVIDAD	6/7
LLANTO AGUDO	6/7
ESCORIACIONES	5/7
DISTERMIA	4/7
SUDORACIÓN	4/7
ÁVIDEZ POR LAS TOMAS	3/7
CONVULSIONES	2/7
TAQUIPNEA	2/7
VÓMITOS	2/7
DIARREA	1/7

Como patología asociada hemos encontrado tres casos positivos de serología de lues en hijos de madres no tratadas y dos casos de serología positiva con madre tratada durante el embarazo. Se objetivó hiperbilirrubinemia en dos RN y taquipnea transitoria en uno. La serología anti HIV fue positiva en aquellos dos RN cuyas madres eran así mismo positivas, si bien esta determinación al igual que en las madres, no fue practicada en todos los casos.

No hemos constatado ninguna malformación, ni se ha evidenciado una reducción significativa del perímetro cefálico de estos neonatos.

COMENTARIO

A principios de los años setenta en el Hospital Municipal de Nueva York (de similares características a nuestro centro en cuanto que acoge población marginal) los hijos de madres drogadictas suponían uno de cada 27 partos (6). Con un retraso cronológico de unos diez años dicho problema comienza a hacerse sentir en nuestro medio (7-8) y así en nuestro hospital en el año 1985 los hijos de madre drogadicta

significaron el 5 % de los ingresos en nuestra Unidad de Neonatología.

Es de reseñar la alta incidencia de factores patológicos durante el embarazo de la mujer drogadicta que repercuten directamente sobre el neonato (9-11). En nuestra revisión dichos factores afectaron al 81 % de las gestantes, siendo el más importante la lues, enfermedad contraída durante el embarazo en el 45,4 % de los casos estudiados, y en menor porcentaje entidades como hepatitis, infecciones vaginales, tabaquismo, alcoholismo, serología positiva para HIV, etc. Estos hechos se ven claramente reflejados en la patología asociada en el RN con cinco casos de serología específica de lues positiva y dos casos de serología HIV positiva.

El peso medio al nacimiento y la correlación entre peso y edad gestacional es más alto en RN de madres en tratamiento con metadona que en aquellas que siguieron utilizando la heroína durante el embarazo (12), y el menor perímetro cefálico constatado en hijos de heroínómanas (5, 7 y 8), no se presenta con la metadona (13), hechos estos que hemos evidenciado en nuestros pacientes.

El hecho de que la gestante drogadicta decida ingresar en un programa de tratamiento con metadona, permite mayor control de su embarazo, disminuyendo de forma significativa la incidencia de la prostitución, cantidad de drogas consumidas así como las patologías asociadas (6). Por otra parte, el síndrome de abstinencia a metadona plantea una serie de diferencias con el síndrome de abstinencia a heroína que deben ser tenidas en cuenta. No parece existir diferencia estadísticamente significativa en cuanto a incidencia del SAO con una y otra droga, pero la gravedad de los síntomas y la duración de los mismos, son superiores en los hijos de gestantes a tratamiento con metadona, requi-

riendo una terapéutica más prolongada para el control de los mismos (9, 12).

Nosotros hemos tenido una incidencia de SAO del 70 %, con una duración media de 16 días, existiendo un caso en el que hubo que prolongar el tratamiento por espacio de más de 6 semanas hasta llegar al control de los síntomas. Solamente dos RN de nuestra serie presentaron evidencia clínica de SAO en las primeras 24 horas de vida, haciéndolo el resto en el curso de la primera semana. Los dos casos de síndrome tardío debutaron entre la tercera y cuarta semanas de vida.

La clínica, al igual que en otras series (6, 8 y 12), fue fundamentalmente de tipo neurológico. Hipertonía, temblor e irritabilidad fueron los síntomas más frecuentes, presentándose convulsiones en dos casos. Otros síntomas como sudoración, distermia, taquipnea, vómitos, diarrea, avidez por las tomas, etc. tuvieron menor incidencia. No hemos observado incidencia significativa de hiperbilirrubinemia o de problemas respiratorios importantes, citados en algunos estudios como más frecuentes en los hijos de madres que tomaron metadona durante el embarazo (12).

Existen distintas posibilidades terapéuticas del SAO: fenobarbital, clorpromazina, tintura de opio, elixir paregórico diazepam, clonidina y la propia metadona (14).

Nosotros hemos utilizado en todos los casos fenobarbital, descrito como fármaco eficaz en el manejo del SAO del RN por PERLSTEIN en 1947 (15), con el que hemos conseguido un control adecuado de la clínica en todos los pacientes sin necesidad de recurrir a otras drogas. En principio se utilizó la vía endovenosa para pasar posteriormente a la oral y proceder a una lenta retirada una vez controlado el cuadro clínico.

Tras superar la fase aguda los síntomas del SAO pueden permanecer de forma más o menos evidentes de tres a seis meses, lo que junto a la problemática que plantea la interacción de estos RN con sus madres, la lenta velocidad de crecimiento en las primeras etapas de la vida que se describen en estos pacientes, los problemas derivados de la patología asociada, etc. hacen obligado un estricto seguimiento y control de los mismos (13).

BIBLIOGRAFIA

1. HINOJAL FONSECA, R.; BOBES GARCÍA, J.; BOUSOÑO GARCÍA, M. y FERNÁNDEZ GARCÍA, J. M.: *Estudio prospectivo de las toxicodependencias en Asturias (1980)*. Med. Clín. (Barc.) 1982; 78: 437-441.
2. ROSEN, TS.: *Infants of addicted mothers*. En: Faranoff A. and Martin R. ed. *Neonatal and perinatal medicine*. St. Louis Toronto. C. V. Mosby. 1983; 933-938.
3. FRICKER, HS.; SECAL, S.: *Narcotic addiction pregnancy and the newborn*. Am. J. Dis Chil. 1978; 132: 360-366.
4. ZELSON, C.; RUBIO, E.; WASSERMAN, E.: *Neonatal narcotic addiction: 10 years observation*. Pediatrics 1971; 48: 178-189.
5. OSTREA, SM.; CHAVEZ, CJ.: *Perinatal problems (excluding neonatal withdrawal) in maternal drug addiction*. A study of 830 cases. J. Pediatr. 1979; 94: 292-295.
6. ROTHSTEIN, P.; GOULD, BJ.: *Born with a habit. Infants of drugaddicted mothers*. Pediat. Clin. N. Amer. 1974; 21: 307-321.
7. ECHEVERRÍA, J.; CALLEN, M.; ALUSTIZA, E.; ORUETA, Y.; TRABA, I.; PAISAN, L.: *Hallazgos neonatales en hijos de drogadicotos*. An. Esp. Pediatr. 1983; 19: 439-443.
8. PAREDES, CC.; GUILLEM, LF.; LEGUA, SV.; NAVARRO, PE.: *Problemas perinatológicos del hijo de madre heroínómana*. Acta Pediatr. Esp. 1981; 44: 69-77.

9. HARPER, RG.; SOLISH, GI.; PUROW, HM.; SANGE, E.; PANEPINTO, WC.: *The effects of a methadone treatment program upon pregnant heroin addicts and their newborn infants*. Pediatrics 1984; 54: 300-305.
10. BLINICK, G.; WALLACH, RC.; JEREZ, C.: *Pregnancy in narcotics addicts treated by program withdrawal. The methadone detoxification program*. An. J. Obstet Gynecol 1977; 129: 679-686.
11. STONE, ML.; SALERNO, JL.; GREEN, M.; ZELSON, C.: *Narcotic addiction in pregnancy*. Am. J. Obstet Gynecol 1971; 109: 716-723.
12. ZELSON, C.; SOOK, JL.; CASALINO, M.: *Neonatal narcotic addiction. Comparative effects of maternal intake of heroin and methadone*. N. Engl. J. Med. 1973; 289: 1216-1220.
13. CHASNOFF, JI.; HATCHER, R.; BURNS, JN.: *Early growth patterns of methadone-addicted infants*. Am. J. Dis. Child 1980; 134: 1049-1051.
14. NEWMAN, L.; COHEN, S.: *The neonatal narcotic withdrawal Syndrome. A Therapeutic Challenge*. Clin. Perinat 1975; 2: 99-109.
15. REMENTERIA, JL.; NUNANG, NN.: *Narcotic withdrawal in pregnancy: stillbirth incidence with a case report*. Amer. J. Obstet Gynecol 1973; 116: 1152-1158.