

# DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL: ABORDAJE DEL HIJO DE MADRE ADICTA A DROGAS ILÍCITAS (PRIMERA ETAPA)\*

**Institutional diagnosis: management of children  
of mothers addict to illicit substances**

Cabanillas I., Diaz B.,  
Giusti G.

Hospital Materno Pcial (HMP),  
Córdoba, Argentina

\*Trabajo presentado en el  
Congreso Latinoamericano  
de Salud Pública. Córdoba,  
Argentina)

## Resumen:

La drogadicción en embarazadas es un problema sanitario frecuente. La vida que conllevan y el consumo suponen riesgo para ambos, dependiendo del tipo, frecuencia, cantidad, momento gestacional, combinación alcohol y tabaco. Recién Nacido (RN) requiere valoración y abordaje multidisciplinario. Objetivos: Determinar frecuencia de uso de drogas ilícitas en madres de RN. Evaluar aspectos técnicos y psicosocioculturales. Material y Método: Estudio retrospectivo descriptivo entre 2009-2011. Evaluación RN de madre consumidora: EG, peso, lugar y días de internación, morbilidad, lab., doping, egreso, control postalta, reingreso. Madre: edad, estado civil, instrucción, IMC, gestas, control, serología, patología, droga consumida, entrevista social, salud mental y ocupación. Calculo de % poblacional. Resultados: 2% de los RN presentaron antecedentes toxicos materno, en 2011 fue 3,5 veces más que 2009. Prematuros 24%; med EG 37,4 semanas.; PEG 21 %; internación UTI/UCI 93%, prom.12 días. Reingresos 5%. Patologías infecciosas 48%; respiratorias 20%; hiperbilirrubinemia 18%; digestiva 15%. Abstinencia 6%; malformación congénita 2%. Doping 57%; lab. 74%; fallecieron 2%. Control postalta 26%. Madres: cocaína 58%, mas de 1 sustancia 82%; 55% no controlada; promedio edad 24 años, (14-41 años), IMC 26. Solteras 39%, primíparas 39%; Secundario completo. 10%; infecciones 46% (TORCHS 32%); DBT 8%, epistaxis 5%. Valoración salud

Recibido: 3 de diciembre  
2012. Aprobado: 1 de  
febrero 2013

mental 17%; social 38%; 97% no trabajaban; problema social 27% (23% priv. libertad, 41% violencia familiar). Conclusión: Aumento del consumo a pesar del subregistro. Pobre ejercicio de pautas, manejo, contención y plan para encauzar estas pacientes. Es necesario replantear, planificar, normatizar el manejo institucional. La atención interdisciplinaria es eje para obtener buenos resultados.

**Palabras clave:** drogas ilícitas, madre-hijo, atención de salud.

## Abstract

Drug addiction in pregnant women is a frequent health problem. The life they share and consumption suppose risks for both, depending on the type, frequency, quantity, gestational age and combination of alcohol and tobacco. The newborn baby (NB) requires assessment and a multidisciplinary approach. Objectives: To determine frequency of use of illegal substances in NB mothers and to evaluate technical and psychosociocultural aspects. Material and method: Descriptive retrospective study between 2009 and 2011. Assessment of NB of consumer mother: gestational age, weight, place and days in hospital, morbidity, lab., doping, discharge, follow-up control, readmission. Mother: age, marital status, education, BMI, pregnancies, control, serology, pathology, substance taken, social interview, mental health and occupation. Calculation of population percentage. Results: 2% of NB presented mother toxic history, in 2011 is was 3.5 times more than in 2009. Premature 24%; average gestational age 37.4 weeks; PEG 21%; hospitalization ICU 93%, average 12 days. Readmissions 5%. Pathologies: Infectious 48%, respiratory 20%, hyperbilirubinemia 18%; digestive 15%. Abstinence 6%; congenital malformation 2%. Doping 57%; lab. 74%; deaths 2%. Follow-up control 26%. Mothers: cocaine 58%; more than 1 substance 82%; 55 % uncontrolled; average age 24 (14 to 41 years old); BMI 26. Single 39%, primipara 39%; complete secondary school 10%; infections 46% (TORCHS 32%); diabetes 8%, epistaxis 5%. Mental health assessment 17%; social 38%; unemployed 97%; social problem 27% (deprived of freedom 23%; domestic violence 41%). Conclusion: Consumption increase despite under registration. Poor management, plans and support to help these patients. It is necessary to redefine, plan, and set rules for institutional management. Interdisciplinary approach is the starting point for positive results.

**Key Words:** illicit substances, mother-child, health care.

## Introducción

El consumo de drogas por parte de mujeres embarazadas es un problema Sanitario importante en nuestra sociedad y una situación relativamente frecuente, el tipo de vida que llevan asociado y los efectos de las diferentes sustancias suponen un riesgo para la salud de las consumidoras y su descendencia.(1)

El uso y abuso de drogas es un fenómeno transversal que cruza sexo, edad y clases sociales, de esta manera afecta a un número creciente de jóvenes que se embarazan. Si bien se mantiene un alto consumo de alcohol, tabaco y cannabis, está creciendo en forma alarmante el consumo de cocaína, heroína y otras, que cada vez es más precoz. (2)

El concepto de la sociedad basado en el éxito y en la competitividad determina la propensión de distintas adicciones. Las drogas son consumidas porque aparecen como potenciadoras de valores típicos de la civilización, ellas se convierten entonces no solo en síntoma de los individuos sino sobre todo en un síntoma social.(3)

Durante la neocortico genesis, las neuronas se originan en el neuroepitelio primitivo y migran a su posición adecuada en la corteza cerebral. La migración neuronal es un proceso

ontogénico complejo que ocurre durante el desarrollo embrionario y fetal. Para que esta exista se requiere la integración de múltiples mecanismos moleculares.(4)

Los neurotransmisores pueden diferenciarse en sistemas activantes (dopamina, noradrenalina-serotonina) sistemas intermedios, sistema endorfinicos (opioides). Así, en el cerebro existen receptores que son utilizados por sus propios psicofármacos endógenos, producidos en forma armónica, lo que explica la violenta modificación que se sufre al ingerir drogas, produciendo desequilibrio de neurotransmisores que potencialmente establecen un nuevo patrón de conducción y comportamiento del individuo.(5)

La sospecha de que tanto las drogas lícitas como las ilícitas tenían un efecto potencialmente teratogénico comenzó alrededor de los años 60. En los 70 se describían efectos neonatales asociados a madres adictas al opio y síntomas de abstinencia a la heroína y metadona. A partir de los 80 se enfocó en la cocaína causante de aborto en la embriogénesis (1 a 4 sem) y de malformaciones en periodo de organogénesis (4 a 9 sem).(6)

Todas las drogas ilícitas ingeridas por la mujer embarazada pasan fácilmente a la circulación fetal a través de la placenta. Los efectos sobre el feto dependerán del agente específico, la frecuencia y cantidad del uso, momento de la gestación y su combinación con el alcohol y el tabaco.(7)

Múltiples estudios resumen que el feto expuesto a drogas presenta retardo del crecimiento intrauterino; parto prematuro; Apgar bajo, compromiso neurológico caracterizado por : microcefalia, temblores, irritabilidad, llanto agudo, convulsiones; depresión respiratoria; apneas; taquipnea; alcalosis respiratoria; cianosis; hipodébito cardiaco; isquemia miocárdica; trombosis arterial; HTA; síntomas gastrointestinales; intolerancia alimentaria; vómitos, diarrea; enterocolitis necrotizante (Nec), perforación intestinal, etc. Actualmente se está estudiando a largo plazo consecuencias sobre el comportamiento, dificultad en el aprendizaje, retardo mental, capacidad motora alterada, epilepsias e incluso efectos psiquiátricos.(8)

Identificada la problemática que significa para el RN es necesario valorarlo específicamente y abordarlo en forma multidisciplinaria, teniendo en cuenta el impacto feto neonatal que a largo plazo genera. La determinación de pautas, control de seguimiento y elaboración de medidas de prevención y apoyo a embarazadas adictas, contribuyen con el manejo siempre complejo de estos pacientes y su descendencia.(9)

En la actualidad el HMP de Córdoba no cuenta con registros estadísticos de control y seguimiento de estos pacientes. Recién hace un año se utiliza un “sistema informático perinatal”(SIP) de registro en el cual todavía no se ha logrado una carga eficiente de datos. Se desconoce el abordaje llevado a cabo con este grupo de pacientes, el mismo no se encuentra estrictamente pautado constituyendo un problema del cual no conocemos su envergadura real ni sus implicancias. A partir de este trabajo se pretende realizar un análisis de los distintos aspectos que inciden en esta problemática, como así también presentar un relevamiento a nivel del Hospital Materno Provincial.

## Objetivos

Primera etapa:

Determinar frecuencia de uso de drogas ilícitas (cocaína, paco, fana, marihuana, y otras) en madre de RN del HMP.

Evaluar aspectos clínicos y psicosocioculturales.

Segunda etapa:

Evaluar el grado de compromiso profesional ante la asistencia de un RN hijo de madre adicta.

Establecer los niveles de evaluación de los hijos de madre consumidora.

## Materiales y método

Se trata de un estudio retrospectivo de corte transversal descriptivo en la Maternidad Provincial de Córdoba (HMP) durante el periodo comprendido desde el 01/01/09 al 31/12/11.

El Instituto Provincial de Neonatología funciona en el Hospital Materno Provincial “Felipe Lucini”, contando con 50 unidades de internación neonatal (3 salas de UTI Neonatal, 4 salas de Unidad de Cuidado Intermedio), Sala de Recepción del RN, Unidad Madre Niño, Consultorios Externos y de Especialidades, Consultorio de Guardia. Se efectúan actividades médicas de Nivel 3 de complejidad. Cumple un papel importante en la formación de neonatólogos en nuestro país.

Se evaluaron todos los RN, distintas EG y peso que ingresaron al internado de neonatología de HMP con diagnóstico principal de “hijo de madre consumidora de drogas ilícitas” o “sospecha de consumición” proveniente del sector de recepción y unidad madre niño.

Se consideraron “MADRES ADICTAS” aquellas que refirieron consumo en forma explícita en el 1º, 2º y/o 3º trimestre de embarazo; y “sospechosas de consumo” las que teniendo en cuenta sus características socioculturales se les realizó a su RN pruebas de pesquisa diagnóstica por medio de análisis en sangre, materia fecal, orina, y cabello.

Se recabaron datos en el servicio de neonatología a partir del registro de ingresos (libro ingresos) de la Dirección de Neonatología, historias clínicas (HC) del RN y maternas. También se obtuvo información del programa de registro SIP (Sistema Informático Perinatal), propuesta orientada al manejo de información Perinatal para la gestión de políticas públicas, programas y servicios de salud Materno Perinatal y reproductiva, elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer Reproductiva (CLAP/SMR) y la Organización Panamericana de Salud (OPS). Está constituido por la HC perinatal (HCP), Carnet Perinatal (CP) y Sistema Computarizado y Programas para almacenamiento de Información de los RN y de las HC neonatales. Luego de una evaluación cuidadosa, fueron recolectados los siguientes datos de cada paciente ingresado al estudio:

1-Del RN, HC, sexo, EG, peso, talla, PC, Puntaje Apgar, lugar de internación UCI (Unidad de Cuidados Intermedios) UTI (Unidad de Terapia Intensiva) UMN (Unidad Madre Niño)), complicaciones, Laboratorio de Rutina (Citológico, PCR, M. Interno), Rutina Extendida (Citológico, PCR, Medio Interno, Enzimas Cardíacas), Serología (CMV, VDRL, HIV) Doping (evaluación meconio; orina; pelo), Estudio de diagnósticos por imagen, ETF (Ecografía Transfontanelar), EABD (Ecografía Abdominal), Ecocardiograma, tipo de alimentación al alta, condición al egreso (vivo/fallece), control post alta y reingresos (si/no, causas).

2-De la Madre: Edad, estado civil (Soltera, Casadas, Concubinos, Separada de Hecho, Divorciada), nivel de instrucción (Analfabeta, Primaria Completa/Incompleta, Secundaria Completa/Incompleta, Universitario), peso habitual, talla, índice de masa corporal (IMC), gestas (Primípara, Secundípara, Tercípara, Multípara, Gran Multípara), control gestacional (más de 5 controles se considera embarazo controlado, o más de 3 en pretérmino < de 34 semanas), serologías (completa cuando están evaluadas las 5 básicas: Toxoplasmosis, Sífilis, HIV, Hepatitis B, Chagas; o incompletas cuando no cumple con las condiciones anteriores), patologías asociadas, tipo de droga consumida, periodo de consumo (antes de Embarazo, 1º trimestre, 1º y 2º trimestre, 1º 2º 3º trimestre, y no referido), asistencia social (tuvo entrevista o no), actividad laboral (si/no, tipo), pareja consumidora (si consta o no), valoración por salud mental (si/no).

En esta primera etapa se realizó un relevamiento a partir del análisis de las HC Maternas y Neonatales. Se planifica una segunda instancia donde se abordara el comportamiento de los profesionales para con este grupo de Pacientes desde el punto de vista del compromiso de los mismos y la adhesión al trabajo interdisciplinario, con la finalidad de acordar niveles de evaluación y realizar normativas de manejo a partir de los resultados obtenidos.

Se ingresaron los datos a una planilla de Excel, posteriormente fueron analizados con el programa EPI INFO 6.0. Se obtuvo de las variables cuantitativas: media, modo, mínima-máxima, DS. De las variables cualitativas se evaluaron frecuencias. Se realizó además cálculo de porcentaje poblacional.

## Resultados

Durante el periodo de estudio se registraron 13403 nacimientos, con un promedio de 4467 por año. Ingresaron al servicio de Neonatología 4512 pacientes lo que hace un promedio anual de 1504 internados. Hubo 53 ingresos (1,17%) que tenían como diagnóstico principal "hijo de madre adicta a drogas ilícitas" (HMADI); 29 pacientes (pac) 0.64 % que ingresaron a neonatología por otra causa presentaron en la HC materna del SIP antecedentes de adicción o consumo de drogas. Esto constituye un total de 82 pacientes (1.81 %) que reúnen las características de la población de estudio, de los cuales correspondieron al 2009: 12 pac (14,63 %); 2010: 26 pac (31,27 %); 2011: 44 pac (53,6%).

La media de edad gestacional fue de 37,4 semanas, la mínima 24 semanas, máxima 41 semanas, modo 38, DS 2,6. Fueron RNPT: 24,33%; RNT: 75,6%. La distribución por sexo fue similar. Con respecto al peso: 22 pacientes (26,8%) <2500 grs.; 60 pacientes >2500 grs. La relación peso para la edad gestacional: 79,3% (65 pac.) tenían un peso adecuado para la edad gestacional (PAEG), 20,7 % (17 pac.) fueron pequeños para la edad gestacional (PEG). No hubo RN grandes para la edad gestacional.

Nacieron por parto vaginal 45 pac (61,6%); cesárea: 28 pac (38,4%). Requirieron Internación en UTI: 16 pac. (19,8 %); UCI: 59 pac. (72,8%); UMN: 6 pacientes (7,4 %). El promedio de internación fue de 11,9 días, con una desviación estándar 17,2, Min 2, Max 131, Modo 7. Hubo 5 pretérminos (<34 sem) que tuvieron varios días de internación debido a su problema de base, lo cual determina una distribución anormal de la muestra. Reingresaron del total de HMADI 7 pac (8,5%).

Se diagnosticaron en el RN:

- Hijo de madre adicta a drogas y/o sospecha de consumo: 53 pac.(64,6 %).
- Síndrome de Abstinencia: 5 pac. (6,1%)
- Trastorno metabólico y medio interno: 9pac. (11%), Hipoglucemia: 6pac.(7,3%); Hiperglucemia: 1pac.(1,2%); Hipernatremia: 1pac.(1,2%); Hipocalcemia: 1pac.(1,2%).
- Patología digestiva 13 pac. (15%): Intolerancia alimentaria: 8 pac (9,8%), trastorno de la Sucrodeglucion: 1 pac (1,2%); Reflujo Gastroesofagico: 4 pac (4,9%).
- Patología respiratoria 16 pac. (20%): Apnea: 1 pac (1,2%), Taquipnea Transitoria: 15 pac (18,3 %)
- Malformación Congénita 2 pac.(2,4%) : atresia duodenal+DTSVD: 1 pac. (1,2%); Fisura Palatina: 1 pac (1,2%).
- Apgar <6 a los 5'(deprimido al nacer): 2 pac (2,4%).
- Infección por TORCHS 12 pac.(14,6%): CMV: 1 pac(1,2%), HIV(+): 1 pac (1,2%); SGB (+): 4 pac (4,9%); TBC: 1 pac (1,2%); VDRL: 3 pac (3,7%); VDRL + HIV: 1 pac (1,2%); VHB: 1 pac (1,2%)
- Patologías Infecciosas (33%): Bronquiolititis: 3 pac (3,7%); Conjuntivitis: 6 pac(7,3%); Riesgo de sepsis: 13 pac (15,9%); Sdr.Febril: 1 pac(1,2%); Sepsis: 4 pac (4,9%).
- Otros diagnósticos: Desnutrición: 2 pac (2,4 %); Cianosis: 4pac. (4,9%); Deshidratación: 1 pac (1,2%); Síndrome genético: 3 pac (3,7%); Hernia Inguinal: 1 pac (1,2%); Hiperbilirrubinemia: 15 pac (18,3%); Traumatismo cráneo: 1 pac (1,2 %); fractura ósea (húmero): 1 pac (1,2%).

Los reingresos fueron producidos por las siguientes causas: Bronquiolititis 2 pac (2,4%); Bronquiolititis + Desnutrición: 1 pac (1,2 %); Desnutrición + Deshidratación 1 pac (1,2%); Hiperbilirrubinemia: 1 pac. (1,2%); Traumatismo cráneo: 1 pac (1,2%); Reflujo Gastroesofagico: 1 pac (1,2%).

Realimentación: leche semielemental : 28 pac (40,6%); maternizada: 40 pac (58,0%); antirreflujo: 1 pac (1,4%).

Con respecto a los estudios complementarios para la evaluación del RN en relación a la adicción materna, se obtuvo material para detectar tóxicos en 47 pacientes (57,3%), la muestra se distribuyó de la siguiente manera: Pelo:1 (1,3%); Orina:1 (1,3%); Pelo, orina meconio:30 (37,5%); Meconio, orina:2 (2,5%); Meconio:1 (1,3%); Orina:1 (1,3%); Pelo, orina:1 (1,3%); Meconio, pelo:11 (13,8%). No se extrajo muestra: 30 (41,3%). No se logró registro del momento de toma de muestra. Estudios de laboratorios: Rutina: 61 pac (74,4 %); Rutina Extendida (para la valoración en HMADI): 21 pac (25,6 %). Todo RN que ingresó a neonatología tenía casi siempre un laboratorio de rutina. En la muestra hubo 29 pacientes HMADI sin diagnóstico al ingreso, por lo cual probablemente no se solicitó "rutina extendida", de todas maneras hubo 53 pac. con este diagnóstico y solo se le solicitó a 21 (39,6%).

Estudios de diagnósticos por imagen: ETF: 19pac (37,3%); ETF y Abdominal:28 pac (54,9%); Ecocardiograma y ETF: 1 pac (2%); Eco abdominal: 2 pac (3,9%). La mayoría tuvieron realizado al menos una ETF.

Interconsulta con especialistas: Cardiología: 18 pac (22,2 %); Oftalmología: 5 pac (6,2%); Neurología, genética, cardiología: 5 pac (6,2%); Otras (traumatología): 1 pac (1,2%).

Fallecieron 2 pac. (2,43%) por malformación mayor y cardiopatía congénita complicada con bronquiolitis. Asistieron 21 pacientes (26 %) por lo menos a un control post alta, y 59 (71,9 %) no asistieron. Asistieron a más de un control 7pac. (8,5%) en 2 oportunidades, y solo 1 paciente (1,2 %) realizó 3 controles.

EVALUACION MATERNA: Controlaron su embarazo 34 pac. (44,7%), No controladas: 42 pac (55,3%). Edad materna promedio fue de 24,4 años, mínimo 14 años, máximo 41 años, modo 6,2. Estado civil: Solteras: 28 pac (39,4%); Casadas: 0; unión estable (UE): 43 pac (60,6%). Nivel de instrucción alcanzado: primario completo. 24 pac (31,6%); primario incompleto 16 pac (21,1%); Secundario completo: 8 pac (10,5%); secundario incompleto: 26 pac (34,2%); Universitario 1 pac (1,3%); Analfabeta: 1 pac (1,3%). Paridad: Primiparas 29 pacientes (38,7 %); Secundiparas 11 (14,7%); Terciparas 16 pac (21,3%); Multiparas 15 pac (20%); Gran Multipara 4 pac (5,3%). Índice de masa corporal: promedio 25,8, mínimo 17, máximo 57, primer cuartil 21, segundo cuartil 28, DS 8. Con respecto a los datos de estado civil, instrucción, control gestacional, paridad, IMC, fueron analizados solamente los que estaban computados en las HCM.

La cocaína fue la droga más consumida (58,5%), solo 4 pacientes la refirieron como único consumo, en general se observa consumo de más de una sustancia por paciente, y múltiples combinaciones. En 51 pacientes (62,2%) se asocia el tabaco al consumo del resto de las sustancias.

Serologías solicitadas: Si: 100%; No: 0%. Cabe aclarar que existe un alto registro de serología solicitadas ya que si no se realizó en los controles correspondientes se obtiene muestra de toda madre que ingresa a parto.

Las patologías maternas fueron agrupadas de la siguiente forma: Infección materna: 26 pac. (31,7%), ITU 11 pac (13,4%); ITU+ corioamnionitis 1 pac(1,2%); Corioamnionitis 2 pac (2,4%); ITU + bronquitis 2 pac (2,4%); ITU + micosis vaginal 1 pac (1,2%); HPV 2 pac (2,4%); Bartholinitis 1 pac (1,2%); Tricomoniasis 1 pac (1,2%); Neumonía 2 pac (2,4%); Neumonía Atípica 2 pac (2,4%); Bronquitis 1 pac (1,2%); TORCHS: 12 pac. (14,6%), CMV 1 pac (1,2%); HIV+ 1 pac (1,2%); HIV+. VDRL+ 1 pac (1,2%); VDRL+ 3 pac (3,7%); VHB 1 pac (1,2%); SGB+ 4 pac (4,9%); TBC 1 pac (1,2%). Otras patologías Maternas: Asma: 2 pac (2,4%); Colestasis: 1 pac (1,2%); Condilomatosis: 1 pac (1,3%); DBT1: 1 pac (1,2%); DBT1- HIE: 1 pac (1,2%); DBTG: 2 pac (2,4%); DBTG, preeclampsia: 2 pac (2,4%); Epilepsia: 2 pac (2,4 %); Epistaxis: 2 pac (2,4%); HTA: 3 pac (3,7%); HTA, DBTG, Hipotidorrismo: 1 pac (1,2%); Leucorrea: 1 pac (1,2%); síndrome abstinencia: 1 pac (1,2%); shock, epistaxis: 2 pac (2,4%); trastornos psiquiátricos: 1 pac (1,2%). La Diabetes

fue la patología mas referida luego de los procesos infecciosos 7 pac. (8,4%), siguieron en frecuencia 4 pac. (4,8%) que refirieron epistaxis, sintomatología habitualmente asociada al consumo. Patología Placentaria: Oligoamnios: 3 pac (3,7%); ruptura espontánea de membranas (REM): 4 pac (4,9%).

Atención salud mental: Si: 14 pac (17,1%); No: 68 pac (82,9%); Valoración social: Si: 31 pac (37,8%); No: 51 pac (62,2%). Actividad laboral materna: Si: 2 pac (2,4%); No: 80 pac (97,6%).

Problemática social: 22 pac.(26,8%). 2RN internados: 1 pac (1,2%); a cargo del juez: 1 pac (1,2%); Arresto domiciliario: 1pac (1,2%); Fuga del hospital: 2 pac (2,4%); Hijo judicializado: 1 pac (1,2%); Institucionalizada: 1 pac (1,2%); Pareja presa por maltrato hijos: 1 pac (1,2%);Privada de la Libertad: 4 pac (4,9%); Prostituta: 1 pac (1,2%); Violencia Familiar: 9 pac (11 %).

## Discusión

Un 2% de los pacientes ingresados durante el periodo 2009-2011 presentaron antecedentes toxico maternos (HMADI). Corresponden a RN identificados al ingreso como HMADI y RN que ingresados sin este diagnostico, se pudo determinar la adicción por medio de la revisión de las HC maternas através del SIP. Se observa un notable incremento del porcentaje año tras año, en el 2011 el número de pacientes, hijo de madres consumidoras, es tres y media veces más que en el 2009.

Estos resultados se manifiestan aun en el contexto de un importante subregistro, ya que si bien se detectaron HMADI por registros de ingreso a neonatología, la información recobrada en las HC maternas fue obtenida por el SIP, recientemente instalado en nuestro departamento, donde no se han registrado hasta la fecha estudiada la totalidad de las HC maternas de las pacientes ingresadas a la maternidad, sólo la de las madres que tuvieron RN ingresados a neonatología. A esto suma el ocultamiento u omisión materna. La bibliografía refiere que el abuso de sustancias tóxico ilícitas durante el embarazo se ha incrementado en las últimas décadas.(18). El estudio muestra mayor consumo de cocaína, 58,5%, sigue en frecuencia la Marihuana 38,5%, ambas siempre en combinación con otras sustancias, y con menos frecuencia se refirió el Paco 1,2%. Aproximadamente un 56% fueron asociaciones. La tasa de consumo en el embarazo de EEUU es de Marihuana 17%, Cocaína 5%, siendo difícil determinar la verdadera prevalencia porque un gran porcentaje de las embarazadas niega el consumo(10). En nuestro país en un estudio llevado a cabo por profesionales en distintos hospitales de Capital Federal y Gran Bs. Aires en 1999, el 32% consume alguna droga licita o ilicita, en mayor medida tabaco, alcohol, luego cocaína, marihuana, y según estadísticas recientes de hospitales urbanos en Bs.As., 10 a 45% de las embarazadas han usado cocaina durante la gestación.(18)

El consumo de drogas esta correlacionado con el nivel educativo y el empleo; quien no completo la educación secundaria tuvo una tasa max. 16,8%, y los universitarios 6,9%. Referente al empleo se observó que 12,5% es desempleada, con respecto al 6,2 % con empleo tiempo completo.(12) En la población estudiada encontramos que 88% no completo el secundario y el 97,6 % no trabaja.

La tasa de consumo es mayor entre los 15 a 25 años que entre los 26 y 44 años y mayor en mujeres no casadas que en las casadas (11). Encontramos que el mayor porcentaje se registro entre los 20 y 25 años siendo una población soltera 39,4 % y en unión estable (UE) 60,6%; ninguna casada.

En lo que respecta al perfil Gineco-obstétrico, las pacientes embarazadas que abusan de drogas son por lo general multigestas múltiparas con poco o ningún control perinatólogico, y su salud personal refleja mala nutrición, déficit vitamínico y alto riesgo a infecciones de tipo venéreas; siendo la Sífilis Congénita 4 veces mayor y HIV 3,5 más frecuente que en la mujer embarazada no adicta (12).

A diferencia de la literatura nuestras pacientes fueron primíparas 38,7% en su mayoría, con más de la mitad de los embarazos no controlados 55,3% y un porcentaje de TORCHS de 14,6%, sífilis 4,9%, HIV 2,5%. Dato a destacar es el porcentaje de procesos infectológicos en general que se presentaron en casi el 50% de las pacientes; sin embargo el estado nutricional fue relativamente bueno en la mayoría ya que el IMC saludable se presentó en 54,6%.

Con respecto a la pesquisa diagnóstica del RN, valoración clínica, laboratorio, y con métodos complementarios, de los 53 pacientes que tenían diagnóstico al ingreso de HMADI, se realizó pesquisa de droga en 47 RN (89%), de estos se registró resultado de 12 pacientes (25%), siendo positivo para cocaína en 7 de ellos. La evaluación con imágenes e interconsulta con especialistas lo determinó la presencia o ausencia de sintomatología. La mayoría tuvo laboratorio de rutina; enzimas cardíacas se realizaron en 21 pacientes, (25%). Se solicitaron serologías solo en pacientes con antecedente de madre con VDRL +, y/o HIV+. La actuación después del parto incluye abrir hoja de puntaje neonatal del síndrome de abstinencia, determinaciones analíticas obligatorias de: glucosa, calcio y magnesio; investigar la posibilidad de sepsis; examen clínico cuidadoso para descartar malformaciones asociadas y ante sospecha, estudios complementarios.(20)

En la muestra 24,3% fueron prematuros, el 20,7% PEG. Respecto a las patologías del RN, los procesos infecciosos fueron los más observados (47,6%), TORCHS un 14,6%; Taquipnea Transitoria (18%); hiperbilirrubinemia en un 18%, siguiendo las digestivas en un 15%. En un estudio del Illinois en EEUU, las madres adictas a cocaína tuvieron riesgo aumentado de retraso del crecimiento intrauterino, asociado con microcefalia.(19) La abstinencia a drogas en el 1º trimestre parece reducir el proceso de retraso de crecimiento intrauterino pero no evita que se reduzca el perímetro craneal ni las alteraciones neuroconductuales.(16) La bibliografía describe un 25% de parto prematuro. La Taquipnea Transitoria, Enfermedad de Membranas Hialinas y Neumonía aspirativa se presentan como principales problemas. (13,15). En un 30% se encuentran asociadas la aspiración meconial y prematuridad. Tal vez la asfixia intrauterina sea el riesgo máximo aislado. Esta aseveración se basa sobre el hallazgo en este grupo de mortinatos, líquido amniótico teñido de meconio, sufrimiento fetal, apgar bajo y neumonía aspirativa neonatal. (13) La cocaína por su bajo peso molecular y su elevada liposolubilidad atraviesa la placenta por difusión simple ocasionando baja perfusión placentaria alterando el intercambio gaseoso, que lleva a una pobre oxigenación fetal. Esta hipoxemia, causa de sufrimiento fetal y aspiración meconial durante dicho sufrimiento, explica el aumento de SALAM (S. de aspiración de líquido meconial) e Hipertensión Pulmonar Persistente del RN (HPP-RN) (14). Nosotros tuvimos solamente un 2,4% de pacientes deprimidos. No hubo aspirados meconiales ni HPP-RN.

Según el Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC) las madres consumidoras tienen casi el doble de riesgo que su descendencia presente defectos congénitos, odds ratio (OR) 1,84. Registramos un caso de Atrésia Duodenal con DTSVD(1,2%), una Fisura Palatina (1,2%) y tres Sdr.Genéticos (3,7%).

Al contrario de lo que sucede con los opiáceos, no se observan manifestaciones de abstinencia con la cocaína y los pacientes que lo presentaron estaban relacionados con el abuso de múltiples drogas. El síndrome de abstinencia se presenta en el 40 al 80% de los RN de madres dependientes de opiáceos. Su incidencia real varía según el estrato social, y puede oscilar entre un 3 a un 50%.(19) Referido a ello tenemos un solo paciente (1,2%), en un contexto de mayor consumo de cocaína.

Se realimentaron en su mayoría con leche maternizada (58%), KASS 40,6% y AR 1,4%. No se registró posibilidad de evaluar la lactancia materna. La lactancia materna es beneficiosa para potenciar el vínculo, aunque este beneficio puede no compensar el riesgo de hepatitis, HIV. Hay que investigar la presencia de drogas en la leche materna de las mujeres que quieren dar el pecho y realizar determinaciones seriadas de serología de HIV, ya que influye favorablemente en el intento de conseguir la deshabitación total. En general, no se recomienda el amamantamiento si se ha demostrado que la madre abusa

continuamente de drogas o si es HIV (+). (17)

El lugar de internación más frecuente en la muestra fue UCI 72,8% y UTI 19,4%. El uso de cocaína durante el embarazo no solo ha causado problemas médicos, ha sido una carga económica, aumento de costos por hospitalización por la prematurez y efectos adversos al nacer, una estadía prolongada mientras se espera la evaluación doméstica y social de la asignación para la asistencia sustituta de los paciente(15).

Encontramos que las medidas y condiciones para el alta, no están específicamente establecidas y justificadas. No hay visita domiciliaria antes del alta. La participación de salud mental no se vio regularmente registrada. No hay registro en las HC de manejo del problema, por ejemplo: reunión con familiares, planteo de institucionalización o rehabilitación, etc.

El desarrollo de un síndrome de abstinencia neonatal unido a los aspectos derivados de la malnutrición fetal-neonatal se pueden considerar indicativos de maltrato. Todo RN de madres drogadependiente debe ser derivado al servicio social para evaluar la adecuación de la paternidad y los cuidados en el hogar. El objetivo primario es dar de alta al neonato para el cuidado materno, se recurrirá a otra persona o una institución cuando es evidente que el neonato será descuidado.(19) De los 7 pacientes que reingresaron, 2 (28,5%) fueron casos de desnutrición, este es un marcador agravante, pues hace pensar en la capacidad de cuidado de la madre a la que se le entrego el RN previamente internado, y por lo tanto en la capacidad de pesquisa médica de tal situación.

## Conclusión

El consumo de drogas ilícitas es un problema creciente en nuestra sociedad, hemos notado una notable morbilidad asociada a pesar que tenemos un importante sub registro.

Se observa cierta deficiencia con respecto a la investigación clínica, evaluación a nivel socio-ambiental, con enfoque a la contención y planificación para encausar estas pacientes. La problemática observada en los reingresos demarcan la misma.

Es necesario replantear este tema dentro de la Institución, planificar y normatizar pautas para el manejo, contención, seguimiento, ya que no termina con el nacimiento y alta del RN, sino que va mas allá pudiendo generar graves problemas futuros, no solo en el fruto de esta gestación sino en los porvenir. Es por ello que la atención interdisciplinaria es el eje para obtener buenos resultados. No es posible el manejo por servicios.

“..Solo quienes sean capaces de encarar la utopía serán aptos para el combate decisivo, el recuperar cuanto de humanidad hayamos perdido...”

Ernesto Sábato

## Bibliografía

1. Fernandez C, Gabas R. Manual de Adicciones Roberto Baistroichi, Colección. Texto Universitario en droga dependencia. Nov. 2003.
2. Miguel H. Informe por Subsecretaría de atención a las adicciones de la provincia de Buenos Aires. 2006
3. Droga dependencia un síntoma social. Programa Nacional de Actualización Pediátrica.
4. Sola A, Mecanismos y Alteraciones de la Migración Neuronal. Cuidados en neonatología, Tomo II, XVIII, 9:1161-1162.
5. Tapia JL, Gonzalez A, D'Apremont I, Ventura Junca T. Efectos perinatales del hijo de madre adicta: Pesquisa y manejo. 3º EDICION 2008, 66:775-785.
6. American Academy of pediatrics, Committee on Drugs, Neonatal Drug, Withdrawal Pediatrics 1998, 101 (6) 1079-88
7. Bell GL. Perinatal and neonatal issues of substance abuse Pediatrics Clin North Am. Exposure. 1995, 42:261-8

8. Bishai R, Koren G. Maternal and obstetrics effects of prenatal drug. Exposures. Clin Perinatol 1999. 26: 75-86.
9. Sola A. "Efectos en la vida fetal y neonatal cuando hay adicciones maternas". Cuidados neonatales Tomo I. 2011 I, 4:30-49
10. Ostrea EM jr Welch RA: Detection of prenatal drug exposure in the pregnant woman and her newborn infant. Clin Perinatol 18:629, 1991.
11. Ostrea EM, Hijo I. Departamento de pediatria, Wayne State University School of Medicine y Departamento de Pediatría, Hutzel Hospital, Detroit, Michigan.
12. Ostrea EM, Chavez CJ. Perinatal problems, (excluding neonatal withdrawak) in maternal drug addiction: a study Of 830 cases. J Pediatr 1979,94:292
13. Connaughton JF, Finnegan LP, Schur J, et al, Current concepts in the management of the pregnant opiate addict. Addict Dis 1975, 2:21.
14. Wennberg RP, Yin J, Miller M, Maynard A Fetal cocaine exposure and neonatal bilirubinemia. J Pediatr 1994;125:613.
15. Behnke M, Eyler FD, Conlon M, Cassanova OQ, Woods NS. How fetal cocaine exposure increases neonatal hospital costs. Pediatrics 1997, 99:204.
16. Choteau, Namerow P, Lpeert P. The effects of cocaine abuse on bith weight and gestacional age. Obstet Gynecol 1998;72:351.
17. Lawrance R breatfeeding 4<sup>TH</sup> ed. St. Louis, Mosby-Year book 1994.
18. Alvarez G. "Mujer, drogas y embarazo".Revista del Hospital Ramos Mejia. Edic. electronica. Vol XV N° 2. 2010.
19. Uberos Fernandez J. "Hijo de madre adicta a drogas". Hospital Clínico San Cecilio. Granada. Bol.SPAO 2010;4 (4).