



TALLER 2

HIJOS DE MADRES DROGADICTAS

F. BOTET* y A. MUR**

* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico.

Facultad de Medicina. Universidad Central. Barcelona.

** Servicio de Pediatría. Sección de Neonatología.

Hospital del Mar. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma. Barcelona.

Entendemos como drogadicción el estado de imperiosa necesidad al consumo de determinadas sustancias, capaces de engendrar un placer primario, gracias a mecanismos de recompensa del cerebro.

Si bien la drogadicción ha existido desde siempre cambiando tan solo la filosofía del consumo, en nuestros días ha adquirido una importancia trascendental, debido al incremento considerable del número de drogadictos y las repercusiones de todo tipo que conllevan las drogodependencias.

Si dividimos las drogas en legales (alcohol, tabaco, etc.) o ilegales (heroína, cocaína, marihuana, etc.) veremos que desde el punto de vista orgánico, tanto unas como las otras tienen graves efectos, pero será en la vertiente social donde el consumo de las drogas ilegales determinará trastornos más graves con repercusiones tanto individuales como colectivas trascendentales.

Introduciéndonos en el tema del Congreso debemos considerar a los hijos de madres drogadictas, como niños maltratados, malos tratos, que se inician ya durante la gestación y que continúan después del nacimiento en numerosas ocasiones.

A pesar de que los datos estadísticos referidos a la incidencia de la drogadicción son escasos y poco fiables, se estima que en España existen unos 2.000.000 alcohólicos, cerca de 200.000 heroinómanos, unos 100.000 consumidores de cocaína, entre 1,5 y 2 millones de fumadores de cannabis y además entre el 35 y 40% de la población son fumadores de tabaco. Como se puede deducir de estas cifras, el número de mujeres en edad fértil que consumen drogas es alto y por lo tanto lo será también el de embarazos.

Los malos tratos gestacionales han sido tomados en cuenta por el poder judicial y en EEUU hay constancia de alguna gestante condenada por este motivo.

Durante la gestación las alteraciones sobre el feto, no dependen únicamente del efecto directo de la droga, sino de las condiciones de vida de la gestante drogadicta influirán notablemente (deficiente alimentación, aumento de enfermedades infecciosas de transmisión materno-filial, etc.) y dentro de éstas, debemos considerar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida que ha afectado de forma tan importante a este grupo de población.

El alcohol es una droga que origina alteraciones sobre el feto. De todos es conocido el

denominado síndrome alcohólico-fetal, cuadro caracterizado por múltiples alteraciones que determinan deficiencias de tipo neurológico, prácticamente irreversibles ni siquiera con una buena estimulación durante el primer año de vida. Un 30% de hijos de madres alcohólicas (1) presentarán un síndrome alcohólico-fetal y entre un 50-70% anomalías debidas al consumo de alcohol. Estas alteraciones han llevado al British Royal College of Psychiatrists de Gran Bretaña a adoptar la política de evitar cualquier riesgo, recomendando una absoluta abstinencia del alcohol durante el embarazo.

Respecto al tabaco, otra droga legal y ampliamente difundida, las alteraciones que provoca durante la gestación determinan un porcentaje elevado de recién nacidos de bajo peso (2, 3).

Desde el punto de vista social, la gestante alcohólica no presenta tantas repercusiones como en el caso de otras drogodependencias, posiblemente porque el sustento de ésta no requiere el importante desembolso económico de otras drogas que conducen a la delincuencia o a la prostitución.

Entrando en el consumo de las drogas ilegales, la problemática durante la gestación varía dependiendo de la droga ingerida.

Trataremos de forma ampliada la drogadicción por heroína (4), ya que probablemente ha sido la droga que más repercusiones de todo tipo ha tenido en nuestro país en los últimos años.

Durante la gestación, los factores de tipo social, toxicológicos y médicos, determinan que estas gestantes deban considerarse en riesgo elevado.

Factores sociales: las gestantes heroínomanas presentan graves problemas de rela-

ción con la sociedad. Como datos demostrativos tenemos los siguientes resultados referidos a una población estudiada en el Hospital del Mar. De 99 gestantes, 96 afirmaban no desear su gestación, 63 eran solteras, 31 no tenían compañero fijo y el de las restantes era un toxicómano o delincuente. El 76% de las gestantes sustentaban su drogodependencia con la prostitución o la delincuencia. Si comparamos estos datos con los obtenidos en el Hospital Clínico, que comprobaron que un 76% de las madres tenían relación con la delincuencia y un 73% con la prostitución observamos una gran similitud.

Factores toxicológicos: el abuso de múltiples drogas, resulta un fenómeno frecuente en la heroínomana. El tabaquismo estaba presente en la totalidad de nuestras gestantes y en algunas ocasionalmente tomaban cocaína. Se ha demostrado efectos directos de la heroína sobre el feto, pero al valorar las alteraciones del RN, deben tenerse en cuenta los demás factores asociados al embarazo de estas gestantes (pocos cuidados prenatales, malnutrición e infecciones), que están tan o más relacionados con el desarrollo fetal (5, 6).

Factores médicos: sólo el 18% de todas las gestantes que se estudiaron fueron asistidas durante el embarazo. La malnutrición (7) estaba presente en el 70% de todas ellas, factor de gran importancia, debido a las repercusiones neurológicas que tiene en el RN. Las enfermedades infecciosas son frecuentes en estas pacientes y están estrechamente ligadas a su estilo de vida. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana representa desde hace unos años un problema nuevo y severo que se asocia al ya abundante cúmulo de riesgos con que cursa el embarazo de la heroínomana (8, 9).

Si bien últimamente parece ser que hay un descenso o estabilización del consumo de la heroína en nuestro país, otro grave problema se nos viene encima, la drogodependencia a cocaína (10) que está avanzando de forma considerable en determinados sectores de nuestra población y con peores efectos sobre el feto y el RN que los ocasionados por la heroína, puesto que a los problemas comunes que tiene con esta (sociales, médicos) debe añadirse un efecto teratogénico sobre el feto, que no se ha achacado a la heroína.

El RN de madre heroínomana presentará entre un 60% y 70% (11) síndrome de abstinencia y entre un 25% y 30% de RN de madres infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, a su vez estarán infectados.

Con respecto a las alteraciones evolutivas, debemos tener en cuenta que al nacer se les aprecia un déficit en la capacidad en mantenerse alerta, de orientarse correctamente por la visión y la audición y de dominio motor (12, 13). Se ha demostrado un aumento de las funciones intelectuales retardadas en seguimientos hasta la edad escolar (14). Análisis de regresión múltiple demuestran que factores como cuidados prenatales, el riesgo durante el parto y la estimulación por parte del ambiente familiar son más predictivos que el grado de adicción materna en el desarrollo neurológico de estos niños. Otros estudios corroboran su pobre desarrollo intelectual (7, 15, 16), o bien observan alteraciones en su comportamiento (17,18) , retrasos en la adquisición del lenguaje (19) y trastornos oculares (15, 19).

Todas estas alteraciones contribuyen a una alta incidencia de mala adaptación escolar y dificultades para competir en una sociedad cada vez más exigente.

Valorando los factores que probablemente más inciden en el desarrollo de estos niños, vemos que los cuidados postnatales es el único factor que podríamos controlar. Hemos de tener presente que una buena estimulación del hijo de madre heroínomana va a ser definitivo para un correcto desarrollo neurológico , y saber también que difícilmente esta estimulación va a ser capaz de proporcionársela una madre heroínomana. Podríamos decir que el verdadero problema para estos niños surge en el momento que son dados de alta en el hospital, con condiciones sociales y ambientales subóptimas (20). Hemos observado en nuestra serie de frecuentes cambios de destino es estos niños, si bien aquellos que pasaron inicialmente a adopción o con familiares han tenido un seguimiento más correcto y un mejor desarrollo neurológico. Debemos ser conscientes de que el nacimiento de un hijo, no supone ningún estímulo definitivo para abandonar la drogodependencia, y que las recaídas en esta población son frecuentes. En el caso de que el RN permanezca con los padres naturales, debe realizarse un estricto seguimiento social y toxicológico del ambiente social y familiar y reconsiderar el destino del niño, según los resultados.

Es evidente que el RN de madre drogadicta sufre multitud de problemas desde su concepción, y que el paso del tiempo servirá en ocasiones para acrecentar el sufrimiento. El acoso a los que se ven sometidos los hijos de madres infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, demuestra la falta de sensibilidad de una sociedad hostil hacia ellos. Por este caso concreto y basándonos en indignos hechos acaecidos en nuestro país, nos interesa recalcar que tanto los niños con anticuerpos del sida positivos como los que están infectados son escolarizados junto a otros de su edad sin ningún problema, dado que no

existe ninguna prueba de contagio en estos casos. La Administración debería actuar drásticamente en aquellas instituciones o colectivos que no acatasen las normas establecidas para esta problemática (21, 22).

Después de todo lo expuesto, resulta evidente el porqué consideramos a estos niños como niños maltratados. Programas de

asistencia (20) a gestantes drogadictas favorecerían una menor afectación del feto, del RN y mejores posibilidades de asistencia de los padres naturales a sus hijos.

De nuestra actitud decidida para con nuestros niños, dependerá de que no falten cuidados, cariño, estimulación y comprensión hacia su problemática.

BIBLIOGRAFIA

1. Editorial. El alcohol y el feto ¿es cero la única opción? *Lancet* 1983. Ed. española. Vol. 3. nº 2. Pág. 118-120.
2. Hardy, JB.; Mellits, ED. Does maternal smoking during pregnancy have long-term effect on the child? *Lancet* 1972; 2: 1332-1336.
3. Butler, NR.; Golstein, H. Smoking in pregnancy and subsequent child development. *Br Med J* 1973; 4:573-575.
4. Mur, A.; Martí, C.; Vega, E. Hijo de madre adicta a opiáceos y derivados. Libro de Ponencias X Congreso Nacional de Medicina Perinatal 1988, pág. 213-217.
5. Naeye, RL.; Blanc, W.; Leblanc, W.; Khataamee, MA. Fetal Complications of maternal heroin addiction: abnormal growth, infections and episodes of stress. *J Pediatr* 1973; 83:1055.
6. Winick, M. Fetal Malnutrition and future development. *Pediatr Ann* 1973; 2:10.
7. Lifschitz, MH.; Wilson, GS.; Smith, EO.; Desmond, MM. Factors affecting head growth and intellectual function in children of drug addicts *Pediatrics* 1985; 75:269-274.
8. Mur, A.; Prats, F.; Martí, C.; Yazbeck, H. Utilidad del Western blot en el diagnóstico de la infección congénita por VIH. *Med Clin* 1988, 91, 19:757-758.
9. Mur, A.; Martí, C.; Llorens, J.; Xercavins, J.; Prats, F.; Yazbeck, H. Diagnóstico de la infección por VIH en el niño. *Enf Infec y Micro Clin* 1988; Vol 6, 1:57-58.
10. García, A.; Mur, A. Cocaína y embarazo: repercusiones sobre la gestante, el feto y el recién nacido. Editorial. *Med Clin* (en prensa).
11. Mur, A.; Martí, C.; Muñoz, JA.; Torres, S.; Lami, J.; Llorens, J. Problemática de los recién nacidos de madres adictas a opiáceos. *Arch Pediatr* 1987, 39:539-551.
12. Ostrea, EM.; Chávez, CJ. Perinatal problems (excluding neonatal withdrawal) in maternal drug addiction. A study of 830 cases. *J. Pediatr* 1979; 94:292.
13. Srauss, ME.; Starr, RH.; Ostrea, EM.; Chavez, CJ.; Stryker, CJ. Behavioral concomitants of prenatal addiction to narcotics. *J. Pediatr* 1976; 89:842.
14. Wilson, GS.; McCearry, R.; Kean, J.; Baxter, JC. The development of preschool chil-

- dren of heroin-addicted mothers. A controlled study. *Pediatrics* 1979; 63:135-141.
15. Rosen, TS.; Johson, HL. In utero methadone exposure. Three years follow-up. *PediatrRes* 1982; 16:130
16. Nichtern S. The children of drug users. *J Am Acad Child Psychiatr* 1983; 22:16-22
17. Ting, R.; Keller, A.; Berman, P.; Finnegan, LP. Follow-up studies of infants born to methadone-dependent mothers. *Pediatr Res* 1974; 8:346.
18. Olofsson, M.; Buckley, W.; Andersen, GE.; Friis-Hansen, B. Investigation of 89 children born by drug dependent mothers. Follow-up 1-10 years after birth. *Acta Paediatr Scand* 1983;72:497a 1 n
19. Rosen, TS.; Johnson, HL. Children of methadone maintained mothers. Follow-up to 18 months of age. *J. Pediatr* 1982; 101:192-196.
20. Llorens, J.; Martí, C.; Mur, A. Una nueva patología: los hijos de madre heroínómana. *MTA Pediatría* 11986, 6 (8) 409-432.
21. Committees on school health and infectious diseases: school attendance of children and adolescents with human lymphotropic virus III lymphadenopathy associated virus infection. *Pediatrics* 1986, 77:430-432.
22. Task force on pediatrics aids. Pediatric guidelines for infection control of human immunodeficiency virus (acquired immunodeficiency virus) in hospitals, medical offices, schools and others settings. *Pediatrics* 1988, 82:801-807.

