

Embarazadas Drogadictas

Dr. Leopoldo Cárdenas Conde *

El alarmante incremento en el uso y abuso de drogas adictivas en las nuevas generaciones ha traído como consecuencia una serie de problemas relacionados con las especialidades de Obstetricia y Pediatría (especialmente Neonatología), ya que en este grupo de pacientes su uso conlleva a cuidados especiales y consideraciones de tipo social, psíquico y moral que interesan al médico de manera directa.

Este material que se presenta, tratándose básicamente de revisiones bibliográficas, proviene de países que difieren del nuestro, y muchas de las observaciones y comentarios que se hacen, aún no son vigentes en Venezuela.

Incidencia.—La incidencia de drogadicción en una determinada población es difícil de conocer con exactitud por razones obvias, sin embargo, en ciudades populosas como Nueva York, se estima que solamente en lo que respecta a heroínomanía, las cifras reportadas alcanzan al 0.5% a 1% de la población total de esa ciudad (1).

Factores implicados.—Los llamados factores socio-culturales son los responsables en la gran mayoría de los casos; la pobreza, desintegración familiar, paternidad irresponsable, diferencias generacionales, y un prácticamente libre acceso a drogas de potencialidad adictiva conocida, han hecho fácil la caída en este hábito a las jóvenes generaciones. Sin embargo, el médico puede, mediante prescripciones poco bien fundamentadas, o peor aún, mediante el uso "alegre" de medicamentos adictivos, facilitar este hábito, o crearlo.

Drogas utilizadas.—Podrían señalarse cuatro grupos principales:

1) Alucinógenos: marihuana y derivados, dietilamida del ácido lisérgico (LSD), mescalina. No producen dependencia física, pero es posible la aparición de dependencia psíquica. La marihuana es la menos potente de este grupo, siendo el LSD la más fuerte y potencialmente peligrosa. Su uso y efectos en embarazadas y sus productos se han estudiado básicamente desde el punto de vista de teratogenicidad, sin embargo, un posible daño cromosómico no ha sido demos-

* Miembro del Departamento de Obstetricia, del Hospital Privado "Centro Médico" de Caracas.

trado de manera categórica. La incidencia de abortos y muerte fetal en útero aumenta ligeramente (2, 6).

II) Estimulantes del sistema nervioso central: anfetaminas, cocaína. La dependencia física es dudosa. No se ha demostrado un aumento significativo de anomalías congénitas, ni mayor incidencia de peso bajo al nacer en los neonatos. Estas drogas han sido difíciles de estudiar en embarazadas, pues es raro su uso aislado.

III) Depresores del sistema nervioso central: barbitúricos, glutetimida, hidrato de cloral, fenotiazinas, alcaloides de la belladona, etc. En general, no se consideran de alta peligrosidad en gestantes y sus productos, ya que los posibles efectos teratogénicos son desconocidos; sin embargo, su uso prolongado resulta en dependencia física y psicológica.

IV) Narcóticos: morfina, meperidina, heroína, metadona, codeína, paregórico. Su uso prolongado resulta en severa dependencia física y psicológica. La sobredosis voluntaria y accidental es frecuente y resulta en coma y muerte, por depresión respiratoria y edema agudo de pulmón.

En este grupo de drogas es donde más estudios se han llevado a cabo en embarazadas adictas, y la literatura al respecto es prácticamente innumerable. Anteriormente, la morfina, meperidina y heroína eran las drogas a las cuales mayor adicción había; sin embargo, la relativamente reciente introducción al mercado de la metadona, como substitutivo de la heroína, ha creado nuevos problemas, ya que aparentemente esta neoadicción terapéutica-iatrogénica a la metadona parece ser aún más nociva que la previa adicción a la heroína. Su uso por parte de embarazadas ha ido aumentando, acarreando mayor número de complicaciones maternas, fetales y neonatales. Para 1970 se estima que solamente en la ciudad de Nueva York había 25.000 mujeres adictas a narcóticos, y la proporción de partos de drogadictas a no adictas pasó de 1 x 164 en 1960, a 1 x 35 en 1971 (7), habiendo nacido 550 niños de madres adictas en este último año.

Características de la embarazada adicta.—La adicta es una persona cuyo estado de ánimo cambia abrupta y frecuentemente, quizá reflejando los niveles de droga en su organismo; euforia, seguida de sedación, y luego en estado de alerta y con sensación de bienestar; si alcanzada esta fase, no se consume de nuevo la droga, aparecen entonces síntomas de abstinencia, caracterizada ésta por: malestar, náusea, lagrimación, sudoración, temblores, calambres musculares, etc.

La adicción en los últimos años ha incluido a los adolescentes (1, 9), y la edad promedio actual es de 22 años, siendo la gran mayoría solteras; por otra parte, la prostitución es frecuente, generalmente, para poder mantener económicamente el hábito.

Un control prenatal pobre y una historia obstétrica anterior llena de complicaciones son un denominador común en este grupo de pacientes. Asimismo, un trabajo de parto acelerado y parto tumultuoso o extrahospitalario son frecuentes. El caso típico lo constituye la adicta que llega al hospital en avanzados períodos del parto poco después de haber consumido una "última" dosis de la droga, da a luz, y al día siguiente, antes de que aparezcan los síntomas de supresión

(náuseas, temblor, sudoración, dolor abdominal, calambres musculares y ruegos desesperantes por más droga) se ausenta del hospital en contra de opinión médica (1, 8).

Complicaciones

A) Médicas: las infecciones (hepatitis, tétanos, endocarditis bacteriana, tromboflebitis, abscesos pulmonares) ocupan los primeros lugares, además de gangrena de las extremidades secundaria a inyección intra-arterial accidental (1). Las enfermedades venéreas y anemia ocurren en alrededor del 20 al 30% de las embarazadas (7, 10, 11). Otras complicaciones, ya a largo plazo, incluyen: constipación crónica, disminución de la libido, debilitamiento y desnutrición (8).

B) Obstétricas: son frecuentes los partos prematuros (alrededor del 30%), sumados a una alta frecuencia de recién nacidos de peso bajo para la edad gestacional (retardo del crecimiento intrauterino). La toxemia gravídica (pre-eclampsia y eclampsia), presentaciones viciosas, partos precipitados, rotura prematura de membranas, y aborto, son complicaciones bastante frecuentes también (1, 7, 13).

C) Neonatales: el peso bajo al nacer, la prematurez, y la adicción neonatal congénita constituyen las principales patologías observadas (9); esta última se presenta en las dos terceras partes, aproximadamente, de los recién nacidos, dependiendo del tipo y cantidad de droga usada por la madre, y del intervalo entre la última dosis y el momento del parto. Los síntomas mas frecuentes son: irritabilidad, temblores, vómitos, llanto característico de tono elevado, estornudos y rinorrea, hipertonicidad, hiperactividad, disnea, fiebre, diarrea, sudoración y convulsiones (7, 9, 13, 14). La morbilidad, en general, se encuentra marcadamente aumentada, entre 65 y 75%, siendo las causas principales: síndrome de supresión, prematurez y peso bajo al nacer, membrana hialina e ictericia (9, 13, 15, 16).

Evidencia reciente sugiere que la metadona incrementa la morbilidad y severidad del cuadro clínico de los recién nacidos adictos, cuando se compara con los neonatos de madres heroínómanas. La mortalidad oscila entre 3 y 5%, y depende de la habilidad en reconocer y tratar adecuadamente el síndrome de supresión y la presencia o no de prematurez y/o enfermedad respiratoria.

Recomendaciones para el manejo de estas pacientes.

1) Identificación de la paciente adicta: ésto puede lograrse ya sea porque élla confiese su adicción o, como generalmente sucede, son pacientes que son referidas de programas de detoxificación con metadona. Además, en algunos centros, se practica búsqueda de drogas o de sus metabolitos en orina, por cromatografía de capa fina, en aquellas pacientes sospechosas; ésto es factible para heroína, metadona, codeína, barbitúricos, anfetaminas y fenotiazinas, pero no para marihuana y LSD.

2) Control prenatal: aún existe controversia en lo que se refiere al mejor manejo de estas pacientes en relación al consumo de drogas durante el embarazo. Las alternativas son (8):

a) No hacer nada, o sea, permitir el uso de heroína a través de la gestación; los resultados que se obtienen no son muy buenos: la heroína atraviesa

rápidamente la barrera placentaria gracias a su bajo peso molecular, acarreado una alta incidencia de adicción neonatal. Por otra parte, en este grupo de pacientes no es posible obtener un adecuado control prenatal, siendo éste errático y muy ocasional, ya que la paciente utiliza la mayor parte de su tiempo en actividades destinadas a mantener el hábito.

b) Substitución con metadona: ésto requiere hospitalización y administración de altas dosis de metadona en vez de heroína, para luego ir progresivamente ajustando la dosis diaria requerida para su manutención. Este régimen probablemente sea el mejor, a pesar de que no elimina el problema de adicción neonatal, ya no a heroína sino a metadona, y por otro lado, recientemente se han descrito mayores dificultades en el manejo de estos recién nacidos en comparación a los adictos congénitamente a heroína.

c) Detoxificación aguda: por regla general, peligrosa tanto para la madre como para el feto adicto, ya que ocurrirá abstinencia aguda en ambos, y pudiera este último morir en útero, además de que la adicta rara vez acepta este procedimiento.

d) Detoxificación lenta mediante substitución con metadona y progresiva eliminación: otra alternativa bastante viable, pero requiere hospitalizaciones prolongadas a veces, y tiene un alto índice de recurrencia a la adicción original a heroína.

3) Trabajo de parto y parto.

a) Analgesia y anestesia: en general, no hay diferencias con respecto a la población general siendo las dosis utilizadas menores comúnmente, dependiendo del tiempo transcurrido desde la última administración de la droga.

Es imperante practicar una buena y duradera venoclisis, generalmente en las venas del cuello, ya que la utilización intravenosa de heroína y otras drogas, esclerosa las venas frecuentemente empleadas de las extremidades.

Deben evitarse como anestésicos aquéllos hepatotóxicos, ya que es alta la incidencia de hepatitis en estas pacientes (8).

b) Parto: es común hallar meconio en el líquido amniótico, probablemente relacionado con sufrimiento fetal crónico y episodios previos de sobre-dosis o de abstinencia.

La atención del parto por lo general no difiere de la de otras pacientes, sin embargo, deben tomarse en cuenta los frecuentes problemas obstétricos descritos anteriormente.

4) Recién nacido: habiendo una alta frecuencia de drogadicción congénita, es importante hacer un diagnóstico precoz del problema, ya que ésto último es probablemente el factor más importante en el mejoramiento de las elevadas cifras de morbi-mortalidad.

Aún no se sabe con exactitud si pudiera ocurrir daño cerebral permanente en estos infantes, a pesar de que se ha sugerido un efecto directo de la heroína sobre las células nerviosas.

Es interesante señalar la baja incidencia de hiperbilirrubinemia en estos niños, quizá debido a una inducción precoz de las enzimas hepáticas, (principalmente glucoroniltransferasa) durante el embarazo, por la exposición intrauterina a la heroína o la quinina frecuentemente utilizada como adulterante (8).

Cuando el tratamiento esté indicado en el período neonatal, lo que se recomienda es sedar al infante inicialmente, y luego, progresivamente administrar dosis decrecientes. Las drogas comúnmente empleadas son: paregórico, fenobarbital, clorpromacina y diazepam, ya en forma aislada o en combinaciones (13, 17, 18, 19).

Comentarios

La presente comunicación resume de manera general, el creciente abuso de drogas adictivas durante el embarazo, y siguiendo los recientes planteamientos de Perlmutter (8), hacemos las siguientes consideraciones. Esta condición debe sospecharse para poder llegar a un diagnóstico. Debe recordarse además que es común el uso de más de una droga simultáneamente. Una vez hecho el diagnóstico, es imperante proporcionar un buen control prenatal, con el objeto de descartar y tratar las complicaciones que pudieran presentarse, tanto médicas como obstétricas. Estas pacientes deben ser manejadas por personal con experiencia, proporcionándoles apoyo durante su embarazo y parto sin ser despectivo, moralista, o peor aún, castigador. Siempre que sea posible, un pediatra experimentado debería estar presente en el momento del parto, con la finalidad de hacer un diagnóstico y tratamiento precoz de adicción neonatal congénita. La lactancia debe estar contraindicada si la madre durante el puerperio consume aún la droga, pues se prolongaría la dependencia del neonato. Otros problemas en este grupo de pacientes, son el frecuente abandono de los recién nacidos en el hospital, y el abuso y maltrato de estos niños posteriormente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Boletín del American College of Obstetricians and Gynecologists, April, 1973.
- 2.—Neu, R. L. et al.: Cannabis and Chromosomes: *Lancet* 1: 675, 1969.
- 3.—Stenchever, M. A. and Allen, M.: The effect of delta -9- tetrahydro cannabinol on the chromosomes of human lymphocytes in vitro: *Am. J. Obstet. Gynecol.* 114: 821, 1972.
- 4.—Cohen, M. M., Hirshhorn, D., and Frosch, W. A.: In Vivo and In Vitro Chromosomal Damage Induced by LSD - 25: *N. Engl. J. Med.* 277: 1044, 1967.
- 5.—Egoscue, J., Irwing, S., and Maruffo, C. A.: Chromosomal Damage in LSD Users: *J. A. M. A.* 204: 214, 1968.
- 6.—Zellweger, H. Mc. Donald, J. S., and Abbo, G.: Is Lysergic Acid Diethylamide a Teratogen?: *Lancet* 2: 1066, 1967.
- 7.—Stone, H.: Narcotic Addiction in Pregnancy: *Am. J. Obstet. Gynecol.* 109: 716, 1971.
- 8.—Perlmutter, J. F.: Heroin Addiction and Pregnancy: *Obst. Gynec. Survey* 29: 439, 1974.
- 9.—Zelson, J., Sook, H., and Casallno, M.: Neonatal Narcotic Addiction: *N. Engl. J. Med.* 289: 1216, 1973.
- 10.—Blinick, G., Wallach, R. C., and Jérez, E.: Pregnancy in Narcotics Addicts treated by medical withdrawal: *Am. J. Obstet. Gynecol.* 105: 997, 1969.

- 11.—Perimutter, J. F.: Drug addiction in Pregnant Women: *Am. J. Obset. Gynecol.* 99: 569, 1967.
- 12.—Blinick, G., Jerez, E., and Wallach, R. C.: Methadone Maintenance, Pregnancy and Progeny: *J.A.M.A.* 225: 177, 1973.
- 13.—Reddy, A. M. Harper, R. G., and Stern, G.: Observations on heroin and methadone withdrawal in the newborn: *Pediatrics* 48: 353, 1971.
- 14.—Lipsitz, P. J., A proposed Narcotic Withdrawal Score for Use with Newborn Infants: *Clin. Pediatr.* 14: 592, 1975.
- 15.—Glass, L., Rajegowda, B. D., and Evans, H. E.: Absence of respiratory distrese syndrome in premature infants of heroin addicted mothers: *Lancet* 2: 685, 1971.
- 16.—Natheson, G.: Addicts' Babies Have Health Problems-But Not Jaundice: *J. A. M. A.* 216: 1275, 1971.
- 17.—Kahn, E., Neumann, M., and Polk, G.: The course of the heroin withdrawal syndrome in newborn infants treated with phanobarbital o chlorpromazine: *J. Pediatrics* 75: 495, 1969.
- 18.—Zelson, C., Rubio, E., and Wasserman, E.: Neonatal Narcotic Addicton: 10 year observation: *Pediatrice* 48: 178, 1971.
- 19.—Zelson, C.: Heroin Withdrawal Syndrome: *J. Pediatrics* 76: 483, 1970.