

Informe Preliminar sobre Abuso Fetal en el HIES 2002-2007.

Evangelina Guicho-Alba*
Víctor Manuel Miranda-Chávez*

RESUMEN

Objetivo. Identificar la incidencia de casos de abuso fetal como parte del maltrato en el niño.

Material y Métodos. De manera retrospectiva se revisaron el total de casos de abuso fetal, registrados por la Clínica de Atención Integral a Menores en Situaciones Difíciles (CAIMSD) en el Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES) y en el Hospital Integral de la Mujer (HIMES) en el periodo comprendido del 2002 al 2007.

Las variables consideradas fueron: Edad (recién nacidos), sexo, uso de drogas por parte de la madre (alcohol, marihuana, cocaína, metanfetaminas, heroína, metadona) y variedad de maltrato.

Resultados. En el periodo de 2002 al 2007, se han atendido 505 pacientes por sospecha de síndrome del niño maltratado en el HIES e HIMES, encontrando en 162 recién nacidos con diagnóstico de abuso fetal que representó el 32.8% del total. De los cuales 84 fueron del sexo femenino (51.85%) y 78 del sexo masculino (48.14%).

Conclusiones. El abuso fetal es la forma más común de maltrato en el paciente hospitalizado, la detección temprana, previene otras formas de violencia en el futuro, por lo que se sugiere hacer una investigación del comportamiento del patrón, de las adicciones en los padres, los factores adyacentes al consumidor de drogas en búsqueda de programas integrales que incidan efectivamente, evitando así esta patología psicosocial que agrede directamente a los menores.

SUMMARY

Objective. To identify the incidence of fetal abuse as a part of child abuse.

Material and Methods. We reviewed in a retrospective manner all cases of fetal abuse registered by the Clinic of Integral Attention to Minors in Difficult Situations (CAIMSD) in the Children's Hospital of the Sonora State (HIES) and at the Integral Woman Hospital (HIMES) in the period comprehended from the 2002 to the 2007. The variables considered were: Age (new borns), sex mother drug history (alcohol, marihuana, cocaine, methamphetamines, heroin, metadona).

Results. In the period from 2002 thru 2007, 505 patients of suspicion of child abuse, finding in 162 of newborn with diagnosis of fetal abuse and it represent a 32.8% of the total. Of which 84 were female (51.85%) and 78 male (48.14%).

Conclusions. Fetal abuse is the most common of child abuse in the hospitalized patient, the early detection, prevents other forms of violence in the future, reason why we suggest an investigation on behavior patterns of parents addiction, adjacent factors to drug users in search of programs that have a effective influence, and avoiding this psycho-social pathology that put; in direct harms way all children.

INTRODUCCIÓN

La drogadicción, define como el consumo habitual de sustancias que tienen un efecto nocivo sobre el individuo y con

la característica esencial de la necesidad de su uso y de la tendencia a aumentar la dosis. Este es uno de los problemas sociales más importantes en la actualidad, con un progresivo aumento en jóvenes en edad de procrear, de ahí que cada día sean

* Coordinador del Programa de CAIMSD HIES.

** Ex Responsable Atención Médica de Casa Hogar UNACARI.

más frecuentes los hijos de embarazadas¹.

El consumo de drogas por la mujer durante el embarazo puede alterar el desarrollo físico y cognoscitivo del recién nacido, cuyo grado y severidad dependen de la sustancia, del momento y el grado de adicción. El abuso de drogas por la gestante comparte alteraciones en su salud, que unido de forma casi habitual a una problemática psicosocial importante y a una escasa o nula vigilancia prenatal, suele conducir a problemas en el feto y en el recién nacido (RN), entre ellos el síndrome de abstinencia (SA) que aparece cuando la gestante deja de recibir la droga (está demostrado que la barrera placentaria puede ser atravesada por multitud de sustancias, lo que convierte al feto en sujeto pasivo de la drogadicción materna y por tanto susceptible de padecer SA in útero) o bien en el momento del parto cuando se suspende el suministro de la droga por parte de la madre^{1,2}.

La adicción a la cocaína es uno de los mayores problemas en Estados Unidos y en el mundo occidental, tan importante como la infección por VIH. El abuso de cocaína por la madre durante el embarazo afecta entre el 10 al 15% de los recién nacidos (RN) y la prevalencia de madres dependientes supera el 6%. En 1998 se ha reconocido en Estados Unidos, que el abuso de cocaína en la gestación es uno de los principales problemas de salud, por los gastos que demanda la atención obstétrica y neonatal, que corresponden a 3 veces los de un niño no expuesto a drogas. Ya durante 1990 se destinaron 500 millones de dólares en este país para el tratamiento de los RN expuestos a cocaína. Los costos adicionales son atribuibles a la necesidad de cuidados intensivos del RN, estadías prolongadas, y bajo peso de nacimiento^{3,4,5,6}.

Si tomamos en consideración que la *Declaración Universal de los Derechos del Niño 1957*, que señala: “*El niño, por su inmadurez física y mental, requiere de cuidados especiales, incluida la protección legal adecuada antes y después del nacimiento*”. Podemos considerar que el efecto de el consumo de estas substancias en el producto se considera un abuso fetal (AF) como una nueva modalidad del Síndrome del niño maltratado ya que por definición **Todo acto que de manera intencional o negligente, afecte al producto de la gestación en cualquiera de sus etapas de desarrollo, puede causarlo directamente la madre, el médico o alguna persona que tenga injerencia con el embarazo. Es un abuso fetal (AF)**^{7,8}. Esta acción puede tener una base cultural, social, política y legal. Considerando que el consumo de drogas de abuso es un problema creciente en nuestra sociedad y, como indican González Hachero y Martínez Malagón, “el embarazo no constituye una tregua para la misma”⁵. Además, el espectro de drogas consumidas por las mujeres en edad fértil se ha diversificado y es frecuente el uso combinado de varias, especialmente heroína, cocaína, cristal y la exposición intrauterina a drogas puede provocar la intoxicación ó síndrome de abstinencia en el recién nacido^{9,10,11,12,13}. La presentación clínica de la abstinencia neonatal a drogas es variable ya que depende de la droga, del momento y de la cantidad del último consumo antes del parto, así como de una serie de factores no bien definidos. La

sintomatología incluye signos de irritabilidad del sistema nervioso central y disfunción gastrointestinal^{4,5,9}. Pero además, el uso de sustancias de abuso puede condicionar problemas obstétricos y fetales durante el embarazo, considerándolo así como un problema social reciente, y que también ha afectado a nuestra población hospitalaria.

ANTECEDENTES EN EL HOSPITAL INFANTIL

Los pacientes son atendidos en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAIMSD) del Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES) y el Hospital Integral de la Mujer en el Estado de Sonora (HIMES), que inició funciones el 14 de octubre del 2002, en donde se da atención integral a los niños víctimas de maltrato en cualquiera de sus formas, estableciendo el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y prevención de reincidencias. A través de un equipo multidisciplinario formado por trabajadora social, abogada, psicóloga y un pediatra. El diagnóstico se establece mediante los indicadores que son aquellos que se derivan de la anamnesis (historia clínica), de las exploraciones (síntomas, lesiones en el/la niño/a) y del estudio social profundo, que señalan la posible presencia de maltrato, además del análisis de la información proporcionada por la intervención de las cuatro áreas en el expediente confidencial y las conclusiones se asientan en el expediente clínico del menor. Se evalúan los factores de riesgo, que son circunstancias que pueden favorecer que se produzcan nuevas agresiones sobre el menor. La cual se ve como consecuencia de la disfunción en el contexto padres-niño-ambiente, y no únicamente como resultado de unos rasgos patológicos de personalidad parental, stress ambiental o características del menor.

DIAGNÓSTICO

Se basa en los hallazgos realizados durante la intervención del caso, el expediente clínico de la gestante, la historia clínica perinatal, y el ingreso del paciente al área de neonatología para observación por probable síndrome de abstinencia, o detectar otras patologías en comorbilidad con la adicción in útero, y se detectan riesgo social del recién nacido.

De Sospecha

Muchas veces existe dificultad en identificar al RN que ha estado expuesto a drogas intraútero, con el riesgo de ser dado de alta hospitalaria y sufrir posteriormente problemas médicos y sociales más o menos importantes.

Por eso debemos sospecharlo en:

- Historia psicosocial materna que sugiera relación con la droga.
- Madres sin atención prenatal.
- Puérperas que desean abandonar el hospital de forma inmediata tras el parto.
- Madres con signos de adicción (huellas de pinchazos, tatuajes, estado de intoxicación).

- Madres que reclaman medicación de forma frecuente y en grandes dosis.
- Madres que abiertamente expresan consumo de drogas.

Clínico

Las consecuencias que tiene en el RN el consumo de drogas por parte de la madre son muy variables y van a depender del tipo de droga, de la dosis, del tiempo de drogadicción, etc., y si a esto le unimos que la mujer adicta habitualmente consume múltiples sustancias, además de alcohol y tabaco. Suelen tener infecciones asociadas, su alimentación suele ser deficiente, nos daremos cuenta de lo difícil que será relacionar unas patologías determinadas con una droga en concreto^{4,5}.

Problemas Precoces

Suelen padecer estrés fetal, con evacuación de meconio y la posibilidad de su aspiración; con cierta frecuencia presenta un test de Apgar bajo; la prematuridad tiene una incidencia elevada, siendo el bajo peso para su edad gestacional casi la regla; la reducción del perímetro craneal, el aumento de malformaciones congénitas, la fragilidad y roturas cromosómicas y los infartos cerebrales también se han descrito en estos RN con más frecuencia que en la población general, así como anomalías en el comportamiento neurológico¹⁶. Las infecciones (sepsis, lúes, SIDA, hepatitis B y C,) se ven favorecidas por el estilo de vida de la madre y por el mal entorno familiar y social que suelen acompañar a estos RN. Pero el efecto específico más importante del consumo materno de drogas sobre el feto lo constituye el síndrome de abstinencia^{3,5,6}.

“SÍNDROME DE ABSTINENCIA A DROGAS DEL RN” (SADRN)

Existe una gran cantidad de drogas consumidas por las gestantes capaces de provocar SADRN, como benzodiazepinas, anfetaminas, cocaína, alcohol, fenilciclidina, barbitúricos, meprobamatos, etc., aunque son los opiáceos (heroína, metadona, morfina, codeína) los que más lo provocan y con más intensidad. La fecha de aparición del SADRN y su duración son muy variables y van a depender del tipo de droga o drogas consumidas, del intervalo de tiempo transcurrido entre la última dosis materna y el parto (a más cercanía, mayor incidencia del síndrome), de la semivida de eliminación de la droga (a mayor semivida, aparición más tardía del síndrome) y a una serie de factores no identificados^{5,8,11}.

En general el SA aparece entre las 24-48 horas después del parto, siendo a veces de aparición muy precoz, como los provocados por la heroína o el alcohol, o algo más tardío, como los provocados por barbitúricos (4-7 días posparto), benzodiacepinas (7-12 días) o metadona, que aunque puede provocar abstinencia precoz, puede retrasarse hasta los 20-30 días de vida. Los RN pretérmino pueden tener menos predisposición al síndrome y ser de menor intensidad debido a la inma-

durez del sistema nervioso central (SNC) y a la menor exposición total a la droga. Los signos y síntomas que componen el SADRN son variados, destacando: hiperexcitabilidad del SNC (irritabilidad, temblores, hiperactividad, hipertensión, llanto agudo, mioclonías, convulsiones), alteraciones digestivas (regurgitaciones, vómitos, diarreas, voracidad), alteraciones vegetativas (sudoración, hipersecreción de mucosas, fiebre, erupciones cutáneas) y alteraciones cardiorrespiratorias (taquipnea, congestión nasal, taquicardia)^{8,10,13,19,20}.

La valoración de estas manifestaciones clínicas y su evolución son fundamentales para instaurar tratamiento farmacológico, existiendo Protocolos y para ello diferentes escalas y puntuaciones, pero con el inconveniente de que están diseñadas para valorar la abstinencia a opiáceos y no a otro tipo de droga. El cuadro se representa la escala de Finnegan modificada¹⁹.

Es conveniente resaltar que los RN hijos de heroinomanas tienen menor incidencia de ictericia neonatal y de membranas hialinas, pues la heroína actúa como inductor enzimático de los hepatocitos, dando lugar a una maduración más temprana del sistema glucuroniltransferasa, y estimula la síntesis de surfactante.

Problemas Tardíos

Se pueden observar alteraciones en su comportamiento (agresividad, hiperactividad), retrasos madurativos, retrasos pondoestaturales, etc., que van a estar muy condicionados por el entorno familiar de estos niños. También se descubre mayor incidencia de síndrome de muerte súbita del lactante.

En el Cuadro 2 se relacionan las drogas de uso más habitual consumidas por la madre y sus efectos en el recién nacido.

Pruebas Complementarias

Se efectuarán:

- Determinaciones de niveles de drogas en orina, meconio o suero. Las determinaciones en orina pueden tener una tasa alta de falsos negativos pues sólo serán positivas en los RN que han tenido una exposición reciente a la droga. La determinación en meconio tiene menos falsos negativos, por lo que la posibilidad de identificación de los neonatos de madres adictas a drogas es mayor.
- Serologías de hepatitis B y C, enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH.
- A veces habrá que ampliar el estudio (bioquímica, cultivos, punción lumbar, ecografía cerebral, Rx de tórax) para efectuar el diagnóstico diferencial cuando el RN presente alguna otra patología.

Diagnóstico Diferencial

Ningún signo clínico se debería atribuir únicamente al SADRN sin haber efectuado una evaluación completa del

RN y, a veces, pruebas diagnósticas para descartar otras causas. El diagnóstico diferencial habrá que hacerlo con innumerables patologías, pero básicamente con hipoglucemias, sepsis, meningitis, hipocalcemia, y con todas aquellas que cursan con incremento de la actividad neurológica.

Tratamiento

- El RN hijo de madre drogadicta deberá ser ingresado para vigilar la posible aparición de SA.
- Se administrará vacunación e inmunoglobulina de hepatitis B.
- Se estudiarán las posibles infecciones transmitidas por la madre para efectuar un tratamiento precoz, así como de la posible prematuridad.
- Se seguirán las normas habituales de alimentación, teniendo en cuenta que la lactancia materna no se recomienda si la madre ha consumido drogas durante el embarazo, mantiene el consumo posparto presenta serología que la contraíndique.
- Si presenta SA, el tratamiento inicial será de apoyo, que incluye: disminución de estímulos sensoriales (luz, ruidos), administración de tomas pequeñas y frecuentes de alimento (hay que considerar las mayores necesidades energéticas de estos neonatos) y calmar su llanto cogiéndolo en brazos o acunándolo.

La decisión de utilizar tratamiento farmacológico debe ser individualizado y se debe basar en la gravedad de los signos y síntomas del SA, por lo que se debe usar cualquier escala que los mida de forma objetiva, como por ejemplo la escala de Finnegan (Cuadro 1).

En esta escala, cuando los valores sean iguales o superiores a 8 deberá iniciarse tratamiento farmacológico, el cual sería preferible del mismo tipo que el causante de la abstinencia. La duración del tratamiento depende de la evolución clínica, siendo conveniente ajustar la dosis en base a la puntuación de la escala y efectuar un descenso lento y progresivo, habitualmente un 10% cada día, para evitar efectos de rebote.

A veces la intensidad del SA obliga a alimentación enteral por sonda nasogástrica y otras veces será necesaria la administración de líquidos intravenosos.

A continuación se exponen los fármacos más frecuentemente usados en el SADRN, con sus ventajas, inconvenientes y dosis²⁰.

REVISIÓN PRELIMINAR DE LOS CASOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

OBJETIVO: Identificar la incidencia de casos de Abuso Fetal como parte del maltrato en el niño.

MATERIAL Y MÉTODOS: De manera retrospectiva se revisaron el total de casos de abuso fetal, registrados por la Clínica de Atención Integral a Menores en Situaciones Difíciles (CAIMSD) en el Hospital Infantil del Estado de Sonora (HIES) y en el Hospital Integral de la Mujer (HIMES) en el periodo comprendido del 2002 al 2007.

Cuadro 1.- Escala de puntuación del grado de Síndrome de abstinencia neonatal a opiáceos (Modificada de Finnegan)¹⁹

1.- Alteraciones del SNC

• Llanto agudo	2
• Llanto agudo continuo	3
• Duerme menos de 1 hora después de comer	3
• Duerme menos de 2 horas después de comer	2
• Duerme menos de 3 horas después de comer	1
• Reflejo de Moro Hiperactivo	2
• Reflejo de Moro Marcadamente Hiperactivo	3
• Temblor ligero al ser molestado	1
• Temblor moderado o grave al ser molestado	2
• Temblor ligero espontáneamente	3
• Temblor moderado o grave espontáneamente	4
• Hipertonia muscular	2
• Escoriaciones	1
• Mioclonias	3
• Convulsiones generalizadas	5

2.- Alteraciones Vegetativas Respiratorias

• Sudoración	1
• Temperatura 37.2-38.3°C	1
• Temperatura >38.4°C	2
• Bostezos frecuentes	1
• Erupciones cutáneas fugaces	1
• Obstrucción nasal	1
• Estornudos Frecuentes	1
• Aleteo nasal	2
• Frecuencia respiratoria >60xmin	1
• Frecuencia respiratoria >60xmin y tiraje	2

3.- Alteraciones Gastrointestinales

• Succión con Avidez	1
• Rechazo al Alimento	2
• Regurgitaciones	2
• Vómitos a chorro	3
• Deposiciones blandas	2
• Deposiciones líquidas	3

Las variables consideradas fueron: Edad (recién nacidos), sexo, tipo de droga (alcohol, marihuana, cocaína, metanfetaminas, heroína, metadona) y variedad de maltrato. **RESULTADOS:** En el periodo de 2002 al 2007, se han atendido 505 pacientes por sospecha de síndrome del niño maltratado en el HIES e HIMES, encontrando en 162 recién nacidos con diagnóstico de abuso fetal que representó el 32.8% del total. Siendo el tipo de más común que amerita hospitalización. De los cuales 84 fueron del sexo femenino (51.85%) y 78 del sexo masculino (48.14%), (Cuadro 3).

En el año 2005 los casos incrementaron en la temporada de otoño, disminuyendo considerablemente en la misma temporada para el 2006, sin embargo incrementan los casos en el mismo año en el periodo de primavera y verano. (Cuadro 4 y

Cuadro 2.- Correlación Clínica - Concentración de la Drog²⁰

Fármacos más Utilizados en el SADRN			
Medicamento	Ventajas	Inconvenientes	Dosis
Solución de morfina: Concentración de morfina 0.4mg/ml	<ul style="list-style-type: none"> - Para algunos la primera elección en abstinencia a opiáceos - Controla todos los síntomas - Suele mantener la succión normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Sedación - Estreñimiento - Sobreexposición: Narcosis con hiporeflexia, hipotermia, bradicardia, depresión respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> - Inicial: 0.05ml/kg/4-6 hrs vía oral - Si no hay respuesta a dosis inicial aumentar a razón de 0.05ml/kg dosis hasta 0.8-1.5ml/kg/día
Fenobarbital	<ul style="list-style-type: none"> - De elección en el SA por drogas no narcóticas - Controla todos los síntomas menos los gastrointestinales 	<ul style="list-style-type: none"> - Sedación - No controla la diarrea - Succión alterada 	<ul style="list-style-type: none"> Dosis de ataque: 15-20 mg/kg IM Mantenimiento: 5-8mg/kg/día VO o IM dividido cada 8 hrs Conveniente hacer niveles plasmáticos si no ceden los síntomas para incrementar la dosis
Cloropromacina	<ul style="list-style-type: none"> - Controla signos del SNC y gastrointestinales 	<ul style="list-style-type: none"> - Hipotermia - Prolongado tiempo de eliminación de sus metabolitos - Succión alterada - No es del grupo de fármacos a los que el RN estuvo expuesto 	<ul style="list-style-type: none"> 1.5-3mg/kg/día IM cada 6 horas y después v.o. (2-4 días) y después disminuir
Metadona	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento en el SA por matadona 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución lenta y mantenida de la concentración plasmática por la larga semivida - Sedación 	<ul style="list-style-type: none"> 0.05-1.0mg/kg cada 6 horas IM
Diacepam	<ul style="list-style-type: none"> - Rápida supresión de los signos de SA a narcóticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Lenta metabolización y eliminación - No controla la diarrea - Succión débil - Sedación - Desplaza a la bilirrubina de la albúmina 	<ul style="list-style-type: none"> 0.3-0.5mg/kg/día IM, VO dividido cada 8 horas

Figura 1).

DISCUSIÓN

Tratándose de un trabajo preliminar, se citarán los aspectos más importantes del abuso fetal, relacionados con esta serie.

Lo relevante de los datos obtenidos en esta revisión es el total de casos en un periodo de 5 años, en comparación con los encontrados por J Diez-Delgado Rubio en un periodo de 9 años que ingreso 70 niños de madres consumidoras de drogas

con criterio de riesgo social, encontró síndrome de abstinencia en el 94.2% y las principales drogas utilizadas fueron la cocaína y heroína⁵.

Una investigación realizada por Aguilar Ceniceros-Soria Rodríguez en el vecino Estado de Baja California, a un grupo de 70 recién nacidos se preciso que el consumo de drogas por parte de la madre durante la gestación provoca Síndrome de Abstinencia en 25% de los casos estudiados, más frecuente con heroína; prematuridad en 23.68%; enfermedades de transmisión sexual, 15.78%; afección de talla y perímetro cefálico, 18.42% y abandono, 10%²².

También Martín Mardomingo y Solís Sánchez en una

Cuadro 3.- Variantes de Maltrato Infantil Diagnosticadas en CAIMSD-HIES (Periodo 2002 al 2007)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL	%
ABANDONO	4	12	8	12	6	3	45	8.91
ABUSO FETAL	2	8	19	61	59	13	162	32.08
ABUSO SEXUAL	3	18	4	5	10	0	40	7.92
CORRUPCIÓN DE MENORES	0	2	0	0	0	0	2	0.40
INCAPACIDAD PARENTAL	0	1	1	0	3	1	6	1.19
MALTRATO FÍSICO	2	10	10	11	14	0	47	9.31
MALTRATO PSICOLÓGICO	1	8	0	7	5	0	21	4.16
SX. MUNCHAUSEN POR PODERES	0	1	0	0	0	0	1	0.20
NEGLIGENCIA	7	22	18	33	23	5	108	21.39
NIÑO EN SITUACIÓN DE CALLE	1	11	5	8	5	0	30	5.94
SX. NIÑO SACUDIDO	1	7	0	3	6	1	18	3.56
NIÑO MIGRANTE	0	0	0	0	1	0	1	0.20
NO SE DEMOSTRÓ SNM	3	3	1	7	8	2	24	4.75
TOTAL	24	103	66	147	140	25	505	100.00

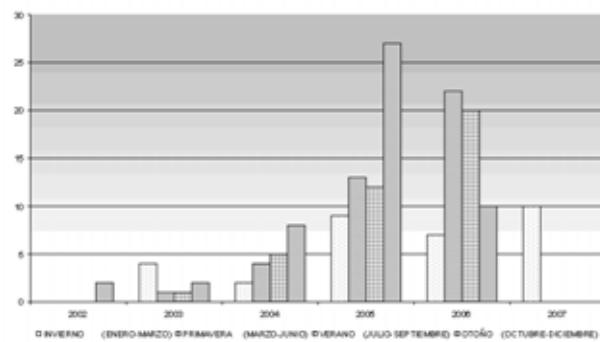
Cuadro 4.- Comportamiento del Síndrome de Abuso Fetal por Epoca del Año 2002-2007 (No. 162)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
INVIERNO (ENERO - MARZO)	0	4	2	9	7	10
PRIMAVERA (MARZO - JUNIO)	0	1	4	13	22	3*
VERANO (JULIO - SEPTIEMBRE)	0	1	5	12	20	0
OTOÑO (OCTUBRE - DICIEMBRE)	2	2	8	27	10	0
TOTAL	2	8	19	61	59	13
GRAN TOTAL						162

* ESTACIÓN ACTUAL (PRIMAVERA 2007)

revisión de 9 años, encontraron 126 casos de hijos de madres adictas a drogas con una incidencia media de 7,5 casos por cada 1.000 recién nacidos vivos las madres del segundo quinquenio presentaron con más frecuencia infección por virus de la hepatitis C y partos instrumentales que las del primer quinquenio. Los recién nacidos no presentaron diferencias entre ambos quinquenios. Globalmente se ha encontrado 40 % de niños menores de 2.500 g, 20 % de bajo peso para su edad gestacional, 24 % de prematuridad, 6 % de recién nacidos malformados, 79 % de síndrome de abstinencia, 2 % de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y 3 % de infección por virus de la hepatitis C (VHC)²¹.

Comúnmente, en la gestante adicta a las drogas tiene consu-

Figura 1
ABUSO FETAL SEGUN ÉPOCA DEL AÑO (No. = 162)

mo de diversas sustancias como tabaquismo y alcoholismo, además de que su estado nutricional puede estar alterado y puede padecer alguna infección como hepatitis B, C o por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), además de que frecuente lleva un mal control prenatal^{5,22}.

Al analizar Aguilar Ceniceros-Soria Rodríguez estos 76 recién nacidos expuestos a drogas, se encontraron siete casos de infección por hepatitis C en la madre y su hijo, de 20 que usaban heroína; cuatro de sífilis congénita y uno por virus de inmunodeficiencia humana²².

Y actualmente estamos en proceso de análisis de los casos de infecciones perinatales asociados al consumo de drogas de las madres, ya que se han detectado casos de sífilis congénita y hepatitis C. Únicamente se ha documentado un caso de infección perinatal por VIH.

En el breve reporte que presentamos a diferencia que los estudios anteriores esta forma de maltrato se presenta en promedio de 50 casos por año, a diferencia de lo que Martín Mardomingo un promedio de 12 casos

por año, es probable que existan subregistros o no se cuenten con las redes de detección hospitalarias adecuadas.

CONCLUSIONES

El resultado de esta primera revisión muestra que el abuso fetal representó la forma más común de maltrato en los pacientes hospitalizados, el identificar dicha forma de maltrato

es de suma utilidad en etapas tempranas de la vida para vigilar y prevenir formas de violencia en el futuro por lo que se sugiere hacer una investigación del comportamiento del patrón, de las adicciones en los padres, los factores adyacentes al consumidor de drogas para buscar programas integrales que incidan efectivamente para evitar esta patología psicosocial que agrede a los menores.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- LUGONES BOTELL M, MADRUGA FERNANDEZ M, ECHEVARRIA GOMEZ G. **Cocainomanía, adicción y embarazo: tres años después.** Rev Cubana Med Gen Integr, may.-ago. 2005, vol.21, no.3-4, p.0-0. ISSN 0864-2125.
- 2.- Lugones Botell M, López José Israel: Cocaína: complicaciones obstétricas, médicas y perinatales. Características clínicas y tratamiento a estas pacientes. Rev Cubana Med Gen Integr vol.21 no.3-4 Ciudad de La Habana May-Aug. 2005.
- 3.- María Mena R; Patricia Navarrete M; Sergio Corvalán V: Drogadicción embrionofetal por abuso de pasta base de cocaína durante el embarazo. Revista médica de Chile, Vol. 128, No.10. Octubre 2000: 1-10.
- 4.- Julios Landwirth, MD: Fetal Abuse and Neglect: an emerging controversy. Pediatrics, Vol. 79 No. 4 Abril 1987: 508-14.
- 5.- J Diez-Delgado Rubio: Análisis Descriptivo del Síndrome de abstinencia Neonatal, Rev Esp Pediatr 2001; 57(6): 491-6.
- 6.- Echeverría Lecuona J: Drogas en el embarazo y morbilidad neonatal. An Pediatr 2003; 58: 519-22.
- 7.- Arturo Loredo Abdalá: Abuso y negligencia en el desarrollo fetal: Nueva controversia acerca del Síndrome del niño maltratado, Revista Mexicana de Pediatría, Noviembre-Diciembre 1989, paginas 312-20.
- 8.- Arturo Loredo Abdalá: Maltrato en niños y adolescentes: Abuso fetal: una condición infamante. Cap. 8: 150-69.
- 9.- Dr. Juan Casado Flores; Dr. Antonio Baño Rodrigo: Maltrato en el niño, Padres adictos a drogas: heroína, cocaína y marihuana. 2000: 31-42.
- 10.- Casado Flores J; Baño Rodrigo A: Hijos de padres toxicómanos: un grupo de riesgo. Anales Españoles de Pediatría, 1993; 39: 125-9.
- 11.- Richardson GA; Hamel SC; Goldschmidt: Growth of infant prenatal exposed to cocaine. Pediatrics 1999; 104: 293-7.
- 12.- John M. Leventhal, Brian W. C. Forsyth: Maltreatment of children born to women who used cocaine during pregnancy: a population based study. Pediatrics 1997; 100: 702-6.
- 13.- Andrew S. Lustbader; Linda C. Mayes: Incidence of passive exposure to crack/cocaine and clinical findings in infants seen in a outpatient service. Pediatrics 1998; 102: 502-9.
- 14.- Susan M. Potter; Philip R. Selazo: Adverse effects of fetal cocaine exposure on neonatal auditory information processing. Pediatrics 2000; 105: 401-9.
- 15.- Emmalee S. Bandstra; Connie E. Morrow: Intrauterine growth of full terms infants: Impact of prenatal cocaine exposure. Pediatrics 2001; 108: 1309-19.
- 16.- Marylou Benhke; Chyntia Wilson Garvan: The search of congenital malformations in newborns with fetal cocaine exposure. Pediatrics 2001; 107: 104-10.
- 17.- Barry M. Lester; Charles R. Bauer: The maternal lifestyle study: drug use by meconium toxicology and maternal self-report. Pediatrics 2001; 107: 309-17.
- 18.- Delaney Black V; Covington CH: Prenatal cocaine exposure. Pediatrics 1998; 102: 945-9.
- 19.- Finnegan LP, Emich JP, Connangton JF, Abstinence score in the treatment of the infants of drug dependent mothers. Pediatr Res, 1973, 7: 319-26.
- 20.- Centro Nacional contra las Adicciones y Centro de Integración Juvenil. Año 2002.
- 21.- Martín Mardomingo MA, Solis Sanchez G, Malaga Guerrero S, Cuadrillero Quesada C, Perez Mendez C, Matesanz Pérez JL: Consumo de Drogas durante el embarazo y morbilidad neonatal: Cambios epidemiológicos en los últimos 10 años. An Pediatr (Barc) 2003; 58(6): 574-9.
- 22.- Aguilar Ceniceros A, Soria Rodríguez C, Hernández García A, Loredo Abdalá A: Morbilidad neonatal por drogadicción en la mujer embarazada. Acta Pediatr Méx 2005; 26(5): 244-9.