
Drogadicción materna y recién nacido

*Félix Omeñaca**

Cada día es mayor el número de mujeres en edad fértil que consume por su propia decisión y beneficio sustancias lícitas o ilícitas. El número de estas sustancias se incrementa cada día desconociendo en muchas ocasiones los efectos que sobre el feto y su desarrollo puedan producir, un ejemplo reciente son las modernas drogas de diseño. Todas estas sustancias atraviesan con facilidad la placenta y afectan directamente al feto. Unas produciendo un efecto teratógeno como el alcohol, otras como los narcóticos pueden dar lugar aun síndrome de abstinencia en le recién nacido y otras pueden dañar directamente el sistema nervioso como ocurre con la cocaína. Es difícil conocer la verdadera extensión del problema y muchos de estas situaciones pasan desapercibidas en nuestras Maternidades. En algunos estudios entre un 10 y un 20 % de los niños recibieron algún tipo de droga durante su vida fetal. En España la droga lícita por excelencia ha sido el alcohol y la ilícita la heroína. Desde el año 1980 hemos visto aumentar el consumo de esta última en las embarazadas, coincidiendo además con la diseminación en esos años de una infección vírica de enorme trascendencia como luego resulto ser el SIDA. Pero en los últimos años ha cambiado la situación pasando a englobar muchas de estas

mujeres programas de Metadona para conseguir su deshabituación.

Se analizan las manifestaciones clínicas del síndrome alcohólico fetal haciendo hincapié en las manifestaciones faciales que permiten una sospecha diagnóstica dada la dificultad en estas madres en reconocer su adicción al alcohol. De los narcóticos se estudian sus efectos en la madre-feto y recién nacido, tanto heroína como metadona, con especial referencia al síndrome de abstinencia neonatal que resulta mas grave y mantenido en esta última. De igual manera se estudian los efectos de la cocaína intentando desmitificar mucho de lo que ha sido publicado sobre todo de sus efectos teratógenos. Basados en la experiencia personal se pormenorizan todas estas cuestiones clínicas.

Aparte de las implicaciones sociales que cada uno de estos puntos lleva consigo, existe otro tema de gran interés cual es el de las consecuencias a medio y largo plazo de esta exposición fetal a drogas. Algunos estudios recientes proporcionan algo de luz, existiendo razones de peso para pensar en la posibilidad de que en estos niños aparezcan alteraciones definitivas sobre todo en el área de la conducta que pueden condicionar para siempre su vida.

* *Pediatra Neonatólogo e Infectólogo. Hospital Infantil Universitario "La Paz". Madrid, España.*

Transmisión vertical hepatitis y SIDA

*Félix Omeñaca**

Dos de los mayores problemas de salud pública planteados a nivel mundial son los producidos por los virus hepatotropos sobre todo el de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente productor del denominado SIDA. Estos virus no constaban en los textos de hace unos diez años y sin embargo en la actualidad tienen una enorme importancia e interés.

El virus de la hepatitis B lo conocemos bien y sus implicaciones en Medicina Perinatal también, además disponemos de medidas preventivas que se han mostrado muy eficaces sobre todo las vacunaciones. Entre el 1-2 % de la población española de embarazadas es portadora del antígeno de superficie (HbsAg), pero es rara la presencia del antígeno "e" que es el que determina la infecciosidad, salvo en situaciones de hepatitis aguda en el embarazo. Se presentan las principales guías de conocimiento y actuación en este tema, destacando las diversas estrategias para su erradicación que en nuestra opinión pasa por la vacunación universal en la infancia.

De la hepatitis C se conoce mucho menos y muchas de sus implicaciones perinatales están en estudio, las tasas de transmisión madre-hijo, el momento de la transmisión, a conveniencia o no de la lactancia materna, las manifestaciones clínicas en el lactante, su evolución a medio y largo plazo, los tratamientos etc. La obtención de una vacuna eficaz, de tanto interés para los pediatras, esta lejos de conseguirse dadas las características mutantes del virus.

El VIH irrumpió en los años 80 y ha constituido una auténtica catástrofe sanitaria en el mundo. España ha sido el país de Europa más afectado tanto en casos de adultos como de niños. Nuestro interés se ha centrado en estos últimos quince años en conocer las tasas de transmisión vertical que en Europa y en España quedaron establecidas en 10-15 %. Métodos de diagnóstico que nos permitieran conocer desde el nacimiento si el niño estaba o no infectado, cosa que se consiguió con los cultivos, reacción en cadena de la polimerasa y determinación de antígenos (primeros tres meses de vida). Historia natural de la infección en el niño con diversos patrones clínicos y evolutivos. Ha sido motivo de especial interés para nosotros el desarrollo de medidas preventivas como el uso de antirretrovirales durante el embarazo con una reducción drástica de la transmisión madre-niño y la realización de cesárea electiva para evitar la infección.

Pero el niño, hijo de una madre infectada por estos virus es algo más que el estudio de una enfermedad infecciosa, no puede aislarse de su entorno y es preciso estudiar todo aquello que constituye el ambiente en el que vive y sus condiciones socio-sanitarias y de desarrollo. Han sido muchos los problemas encontrados en este camino; marginación, incompreensión social, ausencia de leyes adecuadas, falta de confidencialidad, problemas de escolarización, estigmatización, rechazo, etc. Las experiencias vividas acá pueden ser muy útiles a los que trabajan allá.

Sepsis neonatal, año 2000

*Félix Omeñaca**

Las infecciones neonatales y especialmente la sepsis siguen constituyendo un capítulo de primer orden en las unidades de recién nacidos, tanto por la morbilidad que producen como por la mortalidad.

Clásicamente se han dividido en formas precoces (<48 horas de vida) y tardías. Las primeras tienen que ver con los acontecimientos del parto (factores de riesgo) y el microorganismo más frecuente ha sido tradicionalmente el *estreptococo del grupo H* (EGB) o *agalactiae* seguido por el *E. coli*, otros estreptococos, la *Listeria monocytogenes* y un discutido papel de los anaerobios y mycoplasmas. Estas formas cursan con un cuadro clínico de grave afectación pulmonar e importante participación cardioarterial que en ocasiones se instaura en pocas horas constituyendo las formas denominadas fulminantes. La leucopenia (<5000) y la neutropenia (<1.500) son frecuentes así como trombopenia u otras alteraciones de la coagulación que pueden llevar a una coagulación intravascular diseminada. En un tercio de los casos puede asociarse participación meníngea. Pese a la instauración de todas las medidas necesarias; ventilación mecánica, drogas vasoactivas, oxígeno inhalado debido a la asociación frecuente de hipertensión pulmonar persistente, antibióticos, expansores de volumen, etc. estas formas clínicas tienen una alta mortalidad. En los últimos años las hemos visto descender de forma importante al universalizar en las embarazadas entre la 35-37 semanas de gestación el cultivo recto-vaginal para buscar el EGB y realizar a las positivas profilaxis intraparto con ampicilina. Se ha pasado de una tasa de sepsis de cerca de 2 por mil nacidos vivos antes de 1996 a menos del 0,5 en los últimos años. Debido a la presión antibiótica hemos empezado a ver sepsis por *E. coli* resistente a la ampicilina, en

particular en niños prematuros nacidos tras corioamnionitis, tema en la actualidad de gran interés y preocupación.

Las formas tardías tienen que ver con la infección nosocomial u hospitalaria y juegan un papel predominante los niños muy prematuros y los quirúrgicos. Al aumentar la supervivencia en los menores de 1000 gr. han aumentado también estas infecciones. El germen más prevalente es el *estafilococo coagulasa negativo* especialmente el epidermidis, que cursa con una clínica larvada de decaimiento, alteraciones en la temperatura, distensión abdominal, mala tolerancia digestiva, leucocitosis, etc. Tiene mucho que ver con los catéteres centrales usados sobre todo para alimentación parenteral y apenas incluye en la mortalidad. De los antibióticos de elección va aumentando la experiencia con la teicoplanina que presenta algunas ventajas estratégicas sobre la clásica vancomicina. Otras vías importantes aunque menos frecuentes están las enterobacterias (*Enterobacter cloacae*, *Klebsiella pneumoniae* y *Serratia marcescens*). Producen cuadros graves con importante afectación sistémica y cardiovascular, hacen con frecuencia resistencia a las cefalosporinas de tercera generación en concreto a la cefotaxima lo que obliga a asociar aminoglicósidos y buscar otras alternativas como los carbapenem. Las *Candidas* sobre todo la *ultricans* resulta un problema emergente digno también de comentario.

Sobre la antibioterapia empírica en las formas precoces se mantiene la ampicilina pero existe una tendencia actual a sustituir la gentamicina por la cefotaxima dada su fácil penetración en el sistema nervioso. La mortalidad varía mucho entre los centros y para nosotros en el último año no ha superado el 10%.

Asfixia perinatal

*Félix Omeñaca**

El nacimiento sigue constituyendo un acontecimiento clave en la vida de las personas. Los elementos que intervienen en el parto; madre, placenta y feto forman un delicado equilibrio que puede verse alterado por razones unas veces conocidas y las mas desconocidas, las cuales pueden producir alteraciones en el feto fundamentalmente debidas a la "falta de oxigenación de los tejidos o a una perfusión tisular inadecuada", términos que pueden perfectamente usarse para definir la asfixia perinatal.

Antaño casi todas las lesiones del sistema nervioso central en la infancia se consideraban secuelas de una posible asfixia intraparto, pero hoy sabemos que hay muchos acontecimientos prenatales que tienen que ver con la parálisis cerebral así como que la infección materno-fetal puede jugar también un papel importante. El desarrollo de la monitorización fetal tanto biofísica como bioquímica ha sido clave para controlar la aparición de asfixia y también cuando esta aparece evitar que progrese. Siguen existiendo cuadros clínicos de difícil manejo y prevención como la abrupcio placentae o el prolapso de cordón que mantienen su calificación de auténticos desaffos obstétricos. La falta de oxigenación a nivel de los tejidos o su inadecuada perfusión determinan la aparición de acidosis metabólica y a ello suele añadirse el aumento en la PCO₂. Las causas pueden provenir de la madre(enfermedades maternas, decúbitos etc.), alteraciones en la placenta (desprendimiento, calcificaciones, insuficiencia etc.), o en el feto como la patología funicular. Están bien establecidos los patrones de registro de la frecuencia cardiaca fetal, el significado de la tinción con meconio del liquido amniótico, así como la valoración del pH en el cuero cabelludo del feto. Aun así

quedan muchas lagunas y el quehacer obstétrico sigue proporcionando numerosas sorpresas y no pocos fracasos.

Las consecuencias de la asfixia la podremos apreciar a corto, medio y largo plazo. La depresión al nacimiento es uno de sus más típicos signos, aunque no se debe identificar test de Apgar bajo con asfixia, en este punto puede ser de gran ayuda la realización de un pH en arteria umbilical. Al ser una afectación multisistémica pueden aparecer alteraciones respiratorias (edema, aspiración meconial), cardiocirculatorias (isquemia miocárdica, fallo circulatorio); hipoxemia grave por hipertensión pulmonar persistente, insuficiencia renal aguda, hipoglucemia o hiperglicemia, hipocalcemia, encefalopatía hipóxico-isquémica, etc. Se comentan algunas cuestiones de interés en relación con estos cuadros clínicos. Las repercusiones de la asfixia a nivel del sistema nervioso central pueden determinar lesión y muerte neuronal lo que supone la aparición de secuelas, la más típica de ellas la parálisis cerebral de Little (tetraplegia espástica) que hoy en día es de muy rara aparición.

Las medidas de resucitación o reanimación resultan fundamentales, tanto intraparto como en el momento mismo del nacimiento. En esta última situación resulta absolutamente prioritaria la rápida instauración de una ventilación y oxigenación eficaz, bien de forma espontánea por parte del niño o bien con las diversas medidas de que disponemos para que lo haga (estimulación, Ambú, mascarilla, intubación endotraqueal, etc.). La aspiración de vías altas y si es preciso la tráquea, deben hacerse con el tiempo e intensidad necesarios, no menos pero tampoco mas, abusar eti la aspiración es un defecto muy habitual sobre todo

en el personal con menos experiencia, el esófago y el estómago ya se aspiraran cuando el niño este recuperado. El masaje cardiaco y la reanimación farmacológica tienen su contenido y metodología especiales. Existen algunas situaciones que con-

viene conocer como las malformaciones digestivas en particular la hernia diafragmática, los inmaduros, síndrome de Pierre-Robin, etc. que requieren de conocimientos y medidas singulares en la sala de partos.