



ORIGINAL

Análisis del maltrato prenatal en Cataluña entre los años 2011 y 2014



Jordi Garcia Garcia^{a,b}, Elena Campistol Mas^b, María Ángeles López-Vilchez^{a,b,*},
María José Morcillo Buscato^c y Antonio Mur Sierra^{a,b}

^a Servicio de Pediatría, Hospital del Mar, España

^b Universitat Autònoma de Barcelona, Hospital del Mar, Barcelona, España

^c Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA), Barcelona, España

Recibido el 31 de enero de 2017; aceptado el 24 de abril de 2017

Disponible en Internet el 28 de junio de 2017

PALABRAS CLAVE

Maltrato prenatal;
Maltrato fetal;
Drogas y embarazo;
Problemática social;
Comportamiento materno;
Indicadores de riesgo

Resumen

Introducción: El maltrato prenatal es aquel acto intencionado o negligente que causa un efecto nocivo al feto. Es un tipo de maltrato difícil de diagnosticar y manejar. Algunos indicadores de sospecha son la ausencia de control gestacional, el consumo materno de tóxicos o la problemática social del entorno materno.

Objetivo: Analizar los casos de maltrato prenatal registrados en Cataluña entre 2011 y 2014 para identificar el perfil de riesgo.

Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal de una muestra de 222 casos de maltrato prenatal registrados en Cataluña entre 2011 y 2014.

Resultados: La edad media materna fue de 28,11 años. El 63% de los casos eran de nacionalidad española, un 76% estaba sin trabajo, el 60% no había seguido un correcto control gestacional, un 76% tenía interrupciones de embarazo previas, un 20% manifestaba haber sido maltratada por la pareja. Fueron frecuente los antecedentes de problemática social (76% intervención social; 30,5% retenciones de hijos previos; 13% tutela de la madre por la administración; 7% privación de libertad), con tasas elevadas de infección por enfermedades de transmisión vertical (VIH 4,95%, VHC 9%, coinfección VIH + VHC 1,8%), el 73% manifestó consumo de tóxicos (por orden de frecuencia cannabis, cocaína y heroína). En los neonatos, destacó el alto índice de prematuridad (26,3%) y el diagnóstico de síndrome de abstinencia en 34 casos. En el 51,6% el hijo está en la actualidad con su madre.

Conclusiones: En nuestra población de referencia con diagnóstico de maltrato prenatal destacan unos índices elevados de consumo materno de tóxicos, infección por VIH-VHC, desempleo, antecedentes de intervención social previa y mal control gestacional.

© 2017 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 93488@parcdesalutmar.cat (M.Á. López-Vilchez).

KEYWORDS

Prenatal abuse;
Foetal abuse;
Illicit drugs and pregnancy;
Social problems;
Maternal behaviour;
Risk indicators

Analysis of prenatal abuse in catalonia between the years 2011 and 2014**Abstract**

Introduction: Foetal abuse is that intentional or negligent act that causes a harmful effect to the foetus. It is a type of abuse difficult to diagnose and handle. Some indicators of suspicion are the absence of gestational control, the maternal consumption of toxic substances, or the problematic maternal social environment.

Objective: To analyse the cases of foetal abuse registered in Catalonia between 2011 and 2014 to identify the risk profile.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on a sample of 222 cases of prenatal abuse registered in Catalonia between 2011 and 2014.

Results: The mean maternal age was 28.11 years, with 63% of Spanish nationality, 76% were unemployed, 60% had not followed correct gestational control, 76% had previous pregnancy interruptions, 20% reported to have been mistreated by the partner, had history of social problems (76% social intervention, 30.5% previous child retention, 13% custody of the mother by the administration, 7% deprivation of liberty), with high rates of mother-to-child transmission of infection (HIV 4.95%, HCV 9%, HIV + HCV co-infection 1.8%), and 73% reported toxic use (in order of frequency, cannabis, cocaine and heroin). In newborns, the rate of prematurity (26.3%) is highlighted, as well as the diagnosis of withdrawal syndrome in 34 cases. Just over half (51.6%) of the infants are currently with their mother.

Conclusions: In our reference population with a diagnosis of prenatal abuse, there are high rates of maternal toxic consumption, HIV-HCV infection, unemployment, history of previous social intervention, and poor gestational control.

© 2017 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se entiende por maltrato prenatal cuando la gestante «no cuida el propio cuerpo, consciente o inconscientemente, ingiere drogas o sustancias psicotrópicas o recibe maltrato físico por otra persona»^{1,2}. Este concepto es todavía poco conocido, a pesar de estar legislado en Cataluña desde el 2010 (Ley 14/2010 del 27 de mayo)³, cuando se reconocieron los derechos del niño antes de nacer y se otorgó al feto un valor que nunca antes se había contemplado.

En ocasiones resulta difícil su detección, por lo que son útiles los indicadores de riesgo, entre ellos, la falta de control médico del embarazo, el consumo de drogas, alcohol o psicofármacos sin prescripción facultativa, el rechazo del embarazo o la indiferencia emocional ante este, el tener hijos previos tutelados por la administración, la presencia de psicopatía o enfermedades no tratadas que pueden causar malformaciones o infecciones congénitas al feto, el maltrato físico de la madre, la participación en actos delictivos, el ejercicio de la prostitución o la negligencia en el cuidado del propio cuerpo en términos de salud, alimentación e higiene. Posnatalmente, un recién nacido con clínica sugestiva de síndrome de abstinencia a drogas (SAD) debería alertarnos de un posible maltrato prenatal^{2,4}.

Las consecuencias del maltrato prenatal pueden ser muy graves y afectar al correcto desarrollo posterior del individuo. Son conocidos los posibles efectos perjudiciales sobre el feto del consumo de drogas durante la gestación, como las alteraciones en los patrones de proliferación, diferenciación y migración neuronal, la prematuridad, el menor

peso, longitud y perímetro craneal, el SAD, con especial incidencia en el consumo de opiáceos y, más adelante, la aparición de retrasos psicomotores o trastornos del comportamiento. Además, el maltrato prenatal es un factor de riesgo de maltrato infantil posterior^{5,6}.

El embarazo brinda la oportunidad de detectar situaciones de riesgo de maltrato prenatal por el mayor contacto con personal sanitario (comadronas, obstetras, enfermeras). También desde servicios sociales, psiquiatras o personal de los centros de atención y seguimiento de las drogodependencias, se debe valorar cualquier situación de riesgo ante una mujer embarazada. La detección precoz de indicadores de riesgo permite informar a la gestante del posible efecto dañino sobre el feto, reconducir la situación o poner en marcha el circuito establecido para proteger al feto/recién nacido.

El objetivo de este trabajo es analizar los casos de maltrato prenatal registrados en Cataluña entre los años 2011 y 2014 para identificar el perfil de riesgo de la población de nuestro ámbito de influencia y sus repercusiones sociales.

Material y métodos

Estudio descriptivo de corte transversal de 222 casos de maltrato prenatal declarados a la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA) en Cataluña entre los años 2011 y 2014. Se seleccionaron los datos de interés de los documentos electrónicos de cada sujeto registrados en el «Sistema de información de infancia y adolescencia»: informes médicos con datos clínicos y analíticos, e informes

sociales basados en entrevistas a los padres y familiares, junto con la resolución social. Los casos se codificaron para mantener el anonimato de cada sujeto.

Las variables se estructuraron en 3 bloques: materno, perinatal y de intervención social.

Variabes del bloque materno: edad, nacionalidad, ocupación, número de hijos previos, control gestacional (considerando correcto un mínimo de 5 visitas; <5 poco controlado; y ninguna visita, no controlado)⁷, deseo de embarazo, interrupciones del embarazo previas, deseo de interrupción en la gestación actual, apoyo de la pareja, apoyo familiar, violencia de género durante el embarazo (manifestada por la mujer), retención de hijos previos, intervención social previa, enfermedades infecciosas (se consideran VIH, VHC y sífilis), enfermedades mentales (agrupadas según los criterios del DSM-IV)⁸, consumo de tóxicos durante la gestación (manifestado por la gestante), antecedentes de madre tutelada por la DGAIA y antecedentes de privación de libertad (en prisión o centro educativo de justicia juvenil, antes, durante y después de la gestación).

Variabes del bloque perinatal: tipo de parto (eutócico/distócico), edad gestacional (pretérmino extremo < 32 semanas; pretérmino moderado de 32⁰ a 36⁶ semanas; a término de 37⁰ a 42⁰ semanas; posttérmino >42⁰ semanas), peso, longitud y perímetro craneal al nacimiento, puntuación Apgar al minuto y a los 5 min, así como las incidencias perinatales durante el ingreso.

Variabes del bloque de intervención social: quién había detectado el caso, qué medida se tomó al nacimiento (contención en núcleo familiar con la madre, acogida en familia extensa, acogida en familia de urgencia o acogida en institución), si esta se tomó antes o después del nacimiento y, por último, cuál es la situación administrativa del niño en la actualidad (madre, familia extensa, familia de acogida/adoptiva, familia de urgencia o institución) y cuándo se tomó esta decisión.

El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS para Windows (versión 22). Las variables categóricas se presentan con su frecuencia absoluta y porcentaje correspondiente. Las comparaciones entre variables cualitativas o categóricas se han efectuado mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson o la exacta de Fisher en función de los criterios de aplicabilidad. Para las variables cuantitativas se ha utilizado la prueba de U de Mann-Whitney, en el caso de no cumplir las variables los criterios de normalidad. Se han considerado estadísticamente significativos los resultados con una $p < 0,05$.

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación Ética de la institución.

Resultados

Bloque materno (tabla 1)

La edad media de las madres fue de 28,11 años, con un rango entre 14 y 47 años;; destacamos 36 casos de menores de 20 años. Predominaron las mujeres de nacionalidad española y solo en el 40% de los casos siguieron un control correcto de la gestación. La mayoría manifestaron que en algún momento de la gestación no deseaban el embarazo. Aproximadamente en la mitad de los casos la gestante no tenía apoyo del

Tabla 1 Resultados bloque materno [n, (%)]

<i>Edad materna</i>		
≤15 años:	5	(2,25)
16-20 años:	31	(13,96)
21-25 años:	48	(21,62)
26-30 años:	52	(23,42)
31-35 años:	51	(22,97)
36-40 años:	28	(12,61)
>40 años:	7	(3,15)
<i>Nacionalidad</i>		
Española	139	−0,63
No española	83	−0,37
<i>Ocupación</i>		
Sin trabajo	169	−0,76
Con trabajo	53	−0,24
<i>Número de hijos previos</i>		
0	91	(40,99)
1	62	(27,93)
2	31	(13,96)
≥3	38	(17,12)
<i>Control gestacional</i>		
No controlado	89	(40,09)
Poco controlado	44	(19,82)
Correcto	89	(40,09)
<i>Embarazo deseado</i>		
Sí	56	(25,23)
No	166	(74,77)
<i>Interrupciones de embarazo previas</i>		
Sí	53	(23,87)
No	169	(76,13)
<i>Deseo de interrumpir la gestación actual</i>		
Sí	28	(12,61)
No	194	(87,39)
<i>Apoyo de la pareja</i>		
Sí	113	(50,90)
No	109	(49,10)
<i>Apoyo familiar</i>		
Sí	131	(59,01)
No	91	(40,99)
<i>Violencia de género durante embarazo</i>		
Sí	45	(20,27)
No	177	(79,73)
<i>Retención de hijos previos</i>		
Sí	40	(30,5)
No	91	(69,5)
<i>Intervención social previa</i>		
Sí	169	(76,13)
No	53	(23,87)
<i>Enfermedades infecciosas</i>		
VHC	14	(6,30)
VIH	7	(3,15)
VIH+VHC	4	(1,80)
Lúes	3	(1,35)
Lúes+VHC	2	(0,90)
<i>Enfermedades mentales</i>		
Sí	158	(71,17)
No	64	(28,83)
<i>Consumo de tóxicos</i>		
Sí	162	−0,73
No	60	−0,27
<i>Madre tutelada por DGAIA</i>		
Sí	29	(13,06)
No	193	(86,94)
<i>Privación de libertad</i>		
Sí	16	−0,07
No	206	−0,93

DGAIA: Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia; VHC: virus de la hepatitis C; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla 2 Tóxicos consumidos

Tóxico	Número de casos y (%) entre las 162 consumidoras	% de consumo entre las 222 madres
Cannabis	90 (55,5)	40,5
Cocaína	87 (53,7)	39,1
Heroína	38 (23,4)	17,1
Alcohol	34 (20,9)	15,3
Metadona	30 (18,5)	13,5
Benzodiazepinas	19 (11,7)	8,5
Anfetaminas	15 (9,2)	6,7
Shabú	2 (1,2)	0,9
<i>Combinaciones más frecuentes:</i>		
1 tóxico	72 (44,4)	32,4
2 tóxicos	49 (30,2)	22
3 tóxicos	27 (16,6)	12,1
≥ 4 tóxicos	14 (8,6)	6,3
Cannabis (solo)	45 (27,7)	20,7
Cannabis y cocaína	19 (11,7)	8,5
Cocaína	19 (11,7)	8,5
Cocaína y alcohol	9 (5,5)	4
Cocaína, heroína y metadona	8 (4,9)	3,6
Alcohol	6 (3,7)	2,7
Heroína y metadona	6 (3,7)	2,7
Cannabis y alcohol	3 (1,8)	1,3
Cocaína, cannabis y alcohol	3 (1,8)	1,3
Otras	44 (27,1)	19,8

padre/pareja. Además, una de cada 5 mujeres manifestó haber sido maltratada por su pareja. Hasta un 30,5% de las madres con hijos previos tenía al menos un hijo tutelado por la DGAIA, en el pasado o en el momento del estudio. El 14% (30 casos) tenía alguna enfermedad infecciosa transmisible durante la gestación: en total se contabilizaron 20 casos de VHC (9%), 11 de VIH (4,95%), de ellos 4 en coinfección VIH-VHC (1,8%) y 5 de sífilis (2,25%). De los 158 casos afectados de algún tipo de enfermedad mental, el trastorno por consumo de tóxicos fue el más observado (127 casos en total, en 51 de ellos asociado a otro trastorno psiquiátrico), seguido del trastorno de personalidad (41 casos), esquizofrenia o trastorno psicótico inespecífico (19 casos), trastorno ansioso-depresivo (17 casos) y retraso mental (14 casos), entre otros. Un 73% de las madres reconocieron un consumo activo de drogas durante el embarazo, ya fuera de forma esporádica o regular. Las drogas más consumidas fueron el cannabis y la cocaína, seguidas de la heroína (tabla 2). Un 13% de las madres habían sido tuteladas por la DGAIA cuando eran menores de edad. En 16 casos había antecedentes de privación de libertad, 7 de ellos durante la gestación (6 en centro penitenciario y uno en centro juvenil de justicia).

Bloque perinatal (tabla 3)

Destaca que el 26,3% fueron prematuros (22,1% pretérmino moderado y 4,2% pretérmino extremo). La media de peso al nacer fue de 2.776,97 g, con un 28,5% de neonatos por debajo de los 2.500 g.

La incidencia perinatal más observada fue la presencia de tóxicos positivos en orina (133 casos en orina materna y del neonato y 14 casos solo detectados en orina materna).

Respecto al consumo de tóxicos, se diagnosticaron 34 recién nacidos con SAD.

Bloque de intervención social (tabla 4)

Casi la mitad de los casos fueron detectados por neonatólogos (45,4%). En el 53,4% el destino inicial no fue con su madre (familia de urgencia, familia extensa o centro de acogida), mientras el 48,4% sigue sin estar con su madre en el momento del análisis.

En el análisis bivalente de las intervenciones sociales (tabla 5), se observa que la nacionalidad, el control gestacional, la retención de hijos previos, el deseo de embarazo, la presencia de SAD neonatal, el consumo materno de tóxicos y el tipo de droga consumida, la presencia de esquizofrenia en la madre y el soporte paterno/familiar tienen una influencia significativa en la medida que se toma al nacer. Del total de casos en los que la DGAIA había retenido algún hijo previo (40), en un 77,5% la medida se tomó antes del nacimiento ($p < 0,001$).

De las madres que, cuando eran menores de edad, habían sido tuteladas por la DGAIA o todavía lo eran, un porcentaje considerable (24,1 vs. 4,7%; $p = 0,002$) tenían antecedentes de privación de libertad en prisión o centro juvenil y además consumían heroína de forma más frecuente que las que no habían sido tuteladas (31 vs. 15,5%; $p = 0,041$).

Si comparamos el destino de los niños al nacer según el consumo materno de las principales drogas (tabla 5), las medidas que alejan al bebé del núcleo familiar son más frecuentes en consumidoras de heroína (59% de los casos; $p < 0,001$), alcohol (50%; $p = 0,042$) y en niños con SAD (47%; $p = 0,001$).

Tabla 3 Resultados bloque perinatal en global y según consumo materno de drogas [n y (%)]

	No consume	Consume	Total
<i>Tipo de parto</i>			
Sin datos	5	13	18
Eutócico	37 (67,3)	95 (63,7)	132 (64,7)
Distócico	18 (32,7)	54 (36,3)	72 (35,2)
Cesárea	12 (21,8)	36 (24,1)	48 (23,5)
Vacuum	3 (5,4)	7 (4,7)	10 (4,9)
Espátulas	2 (3,6)	6 (4)	8 (3,9)
Fórceps	1 (1,8)	5 (3,3)	6 (2,9)
<i>Edad gestacional</i>			
Sin datos	9	23	32
Postérmino	0	0	0
A término	40 (78,4)	100 (71,9)	140 (73,7)
Pretérmino	11 (21,6)	39 (28)	50 (26,3)
Moderado	6 (11,8)	36 (25,9)	42 (22,1)
Extremo	5 (9,8)	3 (2,2)	8 (4,2)
<i>Somatometría neonatal</i>			
Sin datos	6	23	29
Peso medio (g)	2.995,74	2.691,99	2.776,98
≥2.500 g	46 (85,2)	92 (66,2)	138 (71,5)
< 2.500 g	8 (14,8)	47 (33,8)	55 (28,5)
1.500-2.500 g	6 (11,1)	45 (32,4)	51 (26,5)
< 1.500 g	2 (3,7)	2 (1,4)	4 (2)
Longitud media (cm)	47,66	46,38	46,74
Perímetro craneal medio (cm)	33,41	32,54	32,78
<i>Puntuación de Apgar</i>			
Sin datos	11	29	40
Al minuto ≤8	9 (18,4)	23 (17,3)	32 (17,6)
>8	40 (81,6)	110 (82,7)	150 (82,4)
A los 5 min ≤8	3 (6,1)	7 (5,3)	10 (5,5)
>8	46 (93,9)	126 (94,7)	172 (94,5)

En el grupo de las enfermedades mentales maternas, solo el 10,5% de los hijos de madres con trastorno esquizofrénico/trastorno psicótico inespecífico permanecía con la madre al nacer, mientras el 79% pasaba a familia de urgencia o centro de acogida (tabla 5; $p=0,001$). Dentro de este grupo, destaca un menor apoyo familiar que al resto de las madres (38,9 vs. 63,2%) y destaca que en el 94,7% había algún tipo de intervención social previa (vs. el 74,4%).

Si se compara el destino actual respecto el inicial (tabla 6), el 89,3% de los niños ($p < 0,001$) que al nacer se decidió mantenerlos con la madre seguían actualmente con ella. De los que fueron inicialmente a un centro de acogida, la mayoría estaban en familias ajenas (acogida o adoptiva). Todos los casos que inicialmente fueron con familia extensa permanecían en ella o pasaban con la madre. Por último, de los que fueron a familia de urgencia y diagnóstico, solo un 9,8% ($p < 0,001$) estaban actualmente con la madre, mientras la mayoría permanecían en familias ajenas. En global, en el 51,6% (114 casos) están en la actualidad con su madre.

Si analizamos el efecto de los tóxicos en la somatometría neonatal (tabla 7), el grupo de consumidoras tienen hijos con un menor peso, longitud y perímetro craneal, con una edad gestacional media sin diferencias significativas

respecto a las no consumidoras. En cuanto a la edad gestacional (tabla 8), las madres que consumen tóxicos tienen más prematuridad (28 vs. 21,6%), a expensas de prematuros moderados, mientras las no consumidoras tienen más prematuros extremos y más recién nacidos a término. Todos estos datos, con significación estadística ($p=0,012$).

Discusión

Los resultados de nuestro estudio confirman los indicadores de riesgo para el maltrato prenatal descritos en la literatura^{1,2}.

La edad media de las madres (28,11 años) fue inferior a la edad media de las madres en Cataluña en el 2014 (31,7 años)⁹, y destacan las menores de 20 años (16,2% por un 2,45% en Cataluña 2014)⁹. La baja edad materna constituye un factor de riesgo para el maltrato fetal, ya sea por falta de conciencia de salud, un consumo más elevado de drogas, un embarazo no deseado/planificado o unos recursos económicos limitados^{10,11}.

La tasa de empleo femenina en Cataluña entre los años 2011 y 2014 y en mujeres de 16-64 años osciló entre el 54,7

Tabla 4 Resultados bloque intervención social [n y (%)]

Detección del caso	
Neonatólogo	101 (45,4)
Obstetra	57 (25,6)
Hijos previos retenidos	22 (10)
Servicio de inserción social	17 (7,6)
DGAIA por larga historia	11 (4,9)
Psiquiatra/CAS	6 (2,7)
Familia/amigos	4 (1,8)
Prisión	2 (0,9)
Equipo de atención a la mujer	1 (0,45)
Policía (Mossos d'esquadra)	1 (0,45)
Destino inicial	
Sin datos	1
Madre	103 (46,6)
Familia de urgencia	51 (23,1)
Familia extensa	35 (15,8)
CRAE/CAUI	32 (14,5)
Decisión sobre el destino inicial previa al nacimiento	
Sí	70 (31,5)
No	152 (68,5)
Destino actual	
Sin datos	1
Madre	114 (51,6)
Familia adopción/acogida	63 (28,5)
Familia extensa	38 (17,2)
CRAE/CAUI	2 (0,9)
Familia de urgencia	2 (0,9)
Fuga	2 (0,9)
Edad a la que cambia el destino	
Sin datos	3
Sin cambio	122 (55,7)
Cambio	97 (44,3)
Antes de los 12 meses	50 (51,54)
Entre los 12 y los 24 meses	34 (35,05)
Después de los 24 meses	13 (13,40)

CAS: Centro de Atención y Seguimiento a Drogodependencias; CAUI: Centro de Acogida y Urgencia Infantil; CRAE: Centro Residencial de Acción Educativa; DGAIA: Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia.

y el 59,7%⁹, mientras que en nuestro grupo solo el 24% tenía trabajo.

A pesar de que hay poco consenso en la literatura respecto a lo que se puede considerar un correcto control gestacional, en este estudio se ha seguido el protocolo de visitas del embarazo de la Generalitat de Cataluña⁷. En un estudio realizado en Barcelona en el año 2013, el 98,6% de las gestantes realizaron al menos 6 visitas al especialista de obstetricia¹². La ausencia de control es, en sí mismo, un indicador de riesgo y motivo de denuncia de maltrato prenatal. En nuestro estudio tuvo una fuerte asociación con la medida que se tomó al nacer: fue casi el doble la permanencia con la madre si hubo un control adecuado.

La violencia de género hacia la gestante fue 10 veces superior a la manifestada en los últimos 12 meses en mujeres residentes en España en una macroencuesta realizada entre septiembre y noviembre del 2014¹³ (20 vs. 1,9%), y se considera *per se* un motivo de maltrato

prenatal y de desamparo según la Ley 14/2010 del 27 de mayo³.

La prevalencia de VIH en madres de recién nacidos vivos se estima del 1,41% en España según un estudio en el 2008¹⁴, mientras que en nuestro grupo se extrapola al 49,55%. También fue muy superior la prevalencia de VHC (9%) respecto a las embarazadas de la población general (en torno al 1% según las fuentes consultadas)^{15,16}. La tasa de coinfección VIH-VHC fue del 36,36%, mientras que en la población general se estima en torno al 20-25%^{17,18}. Esto podría estar relacionado con el alto índice de consumo de drogas observado.

El consumo de tóxicos en mujeres embarazadas suele ser muy inferior al de la población general. A pesar de la escasez de datos en la literatura, en un estudio realizado en Estados Unidos se objetivó que el 5,4% de las gestantes consumían drogas ilícitas, mientras que las mujeres del mismo grupo de edad no embarazadas lo hacían en el 11,4%¹⁹. En nuestro

Tabla 5 Medidas al nacer (%) respecto a diferentes variables según estudio bivariente

	Madre	Familia extensa	Familia de urgencia	Centro de acogida
<i>Nacionalidad materna (p = 0,007)</i>				
Española	52,5	18,7	21,6	7,2
Extranjera	42,2	8,4	31,3	18,1
<i>Control gestacional (p < 0,001)</i>				
Sí	64	21,3	11,2	3,4
No	38,2	6,7	38,2	16,9
Poco	38,6	18,2	27,3	15,9
<i>Retención de hijos previos (p < 0,001)</i>				
Sí	9,5	19	61,9	9,5
No	57,8	13,9	16,7	11,7
<i>Decisión previa al nacimiento (p < 0,001)</i>				
Sí	17,1	17,1	51,4	14,3
No	63,2	13,8	13,2	9,9
<i>Embarazo deseado (p < 0,001)</i>				
Sí	76,8	17,9	3,6	1,8
No	39,2	13,9	32,5	14,5
<i>SAD al nacer (p = 0,001)</i>				
Sí	20,6	32,4	38,2	8,8
No	53,7	11,7	22,9	11,7
<i>Consumidora de tóxicos</i>				
<i>Cannabis (p = 0,038)</i>				
Cocaína (p = 0,063)	58,9	13,3	22,2	5,6
Heroína (p < 0,001)	47,1	20,7	26,4	5,7
Alcohol (p = 0,042)	<12,8	28,2	46,2	12,8
	35,3	14,7	44,1	5,9
<i>Trastorno esquizofrénico (p = 0,001)</i>				
Sí	10,5	10,5	57,9	21,1
No	52,2	15,3	22,2	10,3
<i>Soporte paterno (p < 0,001)</i>				
Sí	65,5	14,2	8,8	11,5
No	31,2	15,6	42,2	11
<i>Soporte familiar (p < 0,001)</i>				
Sí	66,2	24,6	4,6	4,6
No	23,1	1,1	54,9	20,9
<i>Madre tutelada por DGAIA (p = 0,419)</i>				
Sí	34,5	17,2	34,5	13,8
No	50,8	14,5	23,8	10,9
<i>Madre privada de libertad (p = 0,1)</i>				
Sí	18,8	25	37,5	18,8
No	51	14,1	24,3	10,7

p: valores asociados a prueba chi-cuadrado de Pearson.

SAD: síndrome de abstinencia a drogas.

grupo esta cifra se dispara. En España, en el estudio EDADES del 2013, el consumo poblacional de cannabis fue del 9,2%, cocaína 2,2% y heroína 0,1%, cifras muy inferiores a las registradas en nuestro grupo¹¹.

Los efectos que tienen estas drogas sobre el feto son conocidos tanto en la prematuridad como en las alteraciones en el crecimiento fetal, como también se muestra en nuestro trabajo. El porcentaje de prematuridad fue muy superior al registrado en Cataluña en el 2014 (6,3%)⁹. Esta diferencia fue mayor en el grupo de madres consumidoras de tóxicos y a expensas de la prematuridad moderada. En consonancia con lo anterior, el porcentaje de peso al nacimiento menor a 2.500 g también fue mayor al de los nacidos ese mismo año (7,4%)⁹: los hijos de madres consumidoras presentaron un

peso, longitud y perímetro craneal al nacimiento inferior al de las no consumidoras.

La heroína es la droga con más casos asociados a acogida en familia ajena, seguramente por la problemática derivada de esta drogadicción: distocia social y familiar, ambiente marginal, carencia de recursos económicos, entre otros.

La edad del menor en la que se toma la última medida tutelar tiene un gran impacto sobre estos: está directamente relacionado con problemas sociales y neuroconductuales y dificulta el establecimiento del vínculo con la familia²⁰. En nuestro grupo, en casi la mitad de los casos en los que hubo un cambio de destino del menor, este se produjo pasados los 12 meses de vida.

Tabla 6 Comparación entre destino inicial y destino actual [n y (%)]

	Destino inicial	Destino actual			
		Madre	Familia extensa	Familia ajena	Otros (CRAE/CAUI, familia de urgencia, fuga)
Madre	103	92	3	6	2
% inicial	46,6	89,3	2,9	5,8	1,9
CRAE/CAUI	32	5	4	21	2
% inicial	14,5	15,6	12,5	65,6	6,3
Familia extensa	35	12	23	0	0
% inicial	15,8	34,3	65,7	0	0
Familia de urgencia	51	6	8	36	2
% inicial	23,1	9,8	15,7	70,6	3,9
Total	221	114	38	63	6
% actual		51,6	17,2	28,5	2,7

p=0,000 asociada a prueba exacta de Fisher.

CAUI: Centro de Acogida y Urgencia Infantil; CRAE: Centro Residencial de Acción Educativa; familia ajena: familia de acogida o adopción.

Tabla 7 Somatometría de los recién nacidos de madres consumidoras de tóxicos en comparación con las no consumidoras

	Edad gestacional media en semanas	Peso medio en g	Longitud media en cm	Perímetro craneal medio en cm
No consume	37,87 (n 50)	2.995,74 (n 54)	47,66 (n 48)	33,41 (n 47)
Consume	37,67 (n 139)	2.691,99 (n 139)	46,38 (n 124)	32,54 (n 123)
p*	0,177	0,001	0,018	0,001

* p asociada a la prueba la U de Mann-Whitney de comparación de medias entre grupos.

Tabla 8 Edad gestacional según el consumo materno de tóxicos [n y (%)]

	No consumo	Consumo	Total
Pretérmino extremo (<32 sem)	5 (9,8)	3 (2,1)	8 (4,2)
Pretérmino moderado (32 ⁰ -36 ⁶ sem)	6 (11,8)	36 (25,9)	42 (22,1)
Total pretérmino (<37 ⁰ sem)	11 (21,6)	39 (28)	50 (26,3)
A término (37 ⁰ -42 ⁰ sem)	40 (78,4)	100 (71,9)	140 (73,7)
Total	51	139	190

p=0,012 asociada a prueba chi-cuadrado de Pearson.

Teniendo en cuenta el alto porcentaje de control gestacional nulo, los neonatólogos fueron los que detectaron la mayor parte de los casos. Por eso, hay que incidir en el esfuerzo de otros profesionales que tratan con embarazadas para detectar el maltrato prenatal, sobre todo en el ámbito social, puesto que en nuestro estudio un alto porcentaje de las embarazadas tenía antecedentes de intervenciones sociales.

A pesar de que la ley actual reconoce el derecho del feto e insta a la detección del maltrato prenatal, respecto al consumo materno de tóxicos, su detección puede verse dificultada por la necesidad de consentimiento para la obtención de muestras biológicas, método con una eficacia muy superior a la detección por cuestionario^{21,22}. En el

protocolo actual del control gestacional no figuran exámenes complementarios destinados a la detección del consumo materno de drogas, tan solo se pregunta acerca de su uso, para lo que es necesario un alto índice de sospecha para su diagnóstico.

Una de las limitaciones de este estudio es que los datos fueron extraídos de los informes de la base de datos de la DGAIA, algunos de ellos realizados con base en entrevistas con las madres y familias (los de ámbito social), lo que no permite descartar cierto grado de subjetividad en alguna variable o el encubrimiento de datos por parte de los entrevistados. Otra limitación es el gran número de variables interrelacionadas que hacen difícil su análisis e interpretación, al ser cada caso muy complejo, por lo que

se requiere un enfoque individual desde un abordaje multidisciplinario.

Como conclusión, según los resultados obtenidos, el perfil de madre que comete maltrato prenatal en nuestro ámbito de influencia es el de una mujer de unos 28 años, de nacionalidad española, sin trabajo, sin un correcto control gestacional, con un embarazo no deseado, que a menudo manifiesta ser maltratada por su pareja, presenta tasas elevadas de infección VIH/VHC, consume tóxicos (cannabis, cocaína, heroína) y tiene antecedentes de intervención social previa. Destacan los elevados índices de privación de libertad (prisión o centro juvenil) y consumo de tóxicos (heroína) entre las madres tuteladas por la DGAIA.

Cabe resaltar que el maltrato prenatal tiene un gran impacto en nuestra sociedad y todavía se tiene poca conciencia de él. Es esencial su detección y más aún su prevención puesto que, una vez establecido, el feto puede sufrir sus consecuencias a corto y largo plazo. Es importante tener claros los indicadores de riesgo que alertan de una posible situación de vulnerabilidad, para activar los circuitos establecidos entre las diferentes instituciones y realizar la actuación más adecuada para cada caso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Bibliografía

- Generalitat de Catalunya Departament de Benestar Social i Família. Actualizació del Protocol de coordinació d'actuacions per a la prevenció i l'abordament del maltractament prenatal. Colecció eines 26 [Internet]. Edició 2016 [consultado 8 sept 2016]. Disponible en: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publicacions/coleccions/eines/eines_26/Eines-26.pdf
- Dirección general de Atención a la Infancia y la Adolescencia. Guía Básica [Internet]. [consultado 8 Sep 2016] Disponible en: http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits.tematics/07infanciaiaadolescencia/recursos_professionals/pdf/dgaia.guia.es_low.pdf.
- Generalitat de Catalunya. Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència [Internet]. Publicada en el Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya, núm. 720/VIII, del 26 de maig de 2010 [consultado 8 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.parlament.cat/document/bopoc/51555.pdf>
- Fajardo-Ochoa F, Olivas-Peñuñuri MR. Abuso fetal por consumo materno de drogas durante el embarazo. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son.* 2010;27:9–15.
- Viteri OA, Soto EE, Bahado-Singh RO, Christensen CW, Chauhan SP, Sibai BM. Fetal anomalies and long-term effects associated with substance abuse in pregnancy: A literature review. *Am J Perinatol.* 2015;32:405–16.
- Behnke M, Smith VC. Committee on Substance Abuse, Committee on Fetus and Newborn Prenatal substance abuse: Short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics.* 2013;131:e1009–24.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut Protocol de seguiment de l'embaràs en Catalunya [Internet]. 2.ª edició 2005 [consultado 3 Oct 2016]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits.tematics/linies.dactuacio/model.assistencial/ordenacio.cartera.i.serveis_sanitaris/pla.estrategic.dordenacio.maternoinfantil.i.atencio_salut_sexual.i.reproductiva/material.de.suport/documents/protseguir2006.pdf
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Generalitat de Catalunya Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) [Internet] [consultado 10 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/es/>
- Ramos Gutiérrez RY, Barriga Marín JA, Pérez Molina J. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *Ginecol Obstet Mex.* 2009;77:311–6.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2013 [Internet] [consultado 21 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015.Informe.EDADES.pdf>
- Pérez G, Limón P, Cunillé M, Rodríguez-Sanz M, Miranda M. La salut reproductiva a la ciutat de Barcelona. Any 2013 [Internet]. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2014 [consultado 23 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/03/Informe.Natalitat.2014.pdf>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta de violencia de género contra la mujer 2015 [Internet] [consultado 23 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro.22.Macroencuesta2015.pdf>
- Seisdedos T, Díez M, Díaz A, Muñoz L, García A. Grupo de trabajo del Estudio de Recién Nacidos Evolución de la seroprevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en madres de recién nacidos vivos en 8 comunidades autónomas (1996-2005). *Med Clin (Barc).* 2008;131:250–2.
- Muñoz-Gómez JA, Salmerón J. Prevalencia de la hepatitis B y C en España: se necesitan más datos. *Rev Esp Enferm Dig.* 2013;105:245–8.
- Solà R, Cruz de Castro E, Hombrados M, Planas R, Coll S, Jardí R, et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C viruses in different counties of Catalonia, Spain: Cross-sectional study. *Med Clin (Barc).* 2002;119:90–5.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Ciencia e Innovación. Centro Nacional de Epidemiología. Prevalencia de anticuerpos anti-VHC en madres de recién nacidos vivos infectadas con VIH, y de coinfección VIH-VHC en madres de recién nacidos vivos. Estudio anónimo y no relacionado, 2005–2010 [Internet]. [consultado 3 nov 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeRNVIH.VHC2005_2010.pdf
- Soriano V, Vispo E, Labarga P, Medrano J, Barreiro P. Viral hepatitis and HIV co-infection. *Antiviral Res.* 2010;85:303–15.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings [Internet]. NSDUH Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014 [consultado 6 Nov 2016]. Disponible en: <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf>
- Julian MM. Age at adoption from institutional care as a window into the lasting effects of early experiences. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2013;16:101–45.

21. García-Algar O, Vall Combelles O, Puig Sola C, Mur Sierra A, Scaravelli G, Pacifici R, et al. Exposición prenatal a drogas de abuso a través del análisis de meconio en una población de bajo nivel socioeconómico en Barcelona. *An Pediatr (Barc)*. 2009;70:151–8.
22. Ortigosa Gómez S, López-Vilchez MA, Díaz Ledo F, Castejón Ponce E, Caballero Rabasco A, Carreras Collado R, et al. Consumo de drogas durante la gestación y su repercusión. Análisis de los períodos 1982-1988 y 2002-2008. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:423–30.