

## Exposición prenatal a metanfetamina «shabú»<sup>☆</sup>



### Prenatal exposure to metamphetamine «shabu»

Sra. Editora:

En los últimos años se ha detectado en nuestro país el consumo de clorhidrato de metanfetamina (MA) o metanfetamina cristalizada, conocido como «shabú», y asociado principalmente a la comunidad filipina.

La fabricación de estimulantes ha crecido considerablemente, y su consumo es actualmente un grave problema a nivel mundial<sup>1-4</sup>.

La principal vía de consumo es fumado, actuando a nivel del sistema nervioso central (SNC) mediante la liberación de aminas e inhibición de recaptación de catecolaminas, provocando sus efectos deseados principales: incremento de energía y del estado de alerta, efecto de euforia y disminución del apetito<sup>1,3</sup>.

La exposición fetal a MA se asocia con alteraciones físicas como prematuridad, bajo peso y baja talla, y disminución del perímetro craneal (PC), neuro-conductuales (irritabilidad, hipertonia y, en algunos casos, letargia) y secuelas a largo plazo<sup>1,5</sup>. Se necesitan más estudios para ampliar estos resultados.

El consumo de MA durante el embarazo es un problema alarmante en los países desarrollados<sup>1,2</sup>. Sus efectos vasoconstrictores contribuyen a la disfunción placentaria, y su fácil difusión a través de la barrera hemato-placentaria puede tener efectos significantes en el feto<sup>1,5</sup>. Sin embargo, no se han comunicado casos con malformaciones.

Describimos 9 casos de hijos de madres consumidoras de «shabú», observados en nuestra unidad neonatal desde junio de 2013 a marzo de 2016 (tabla 1).

Nuestros casos presentan factores de riesgo en común: origen filipino, gestaciones con escaso o ningún control, e importantes problemas sociales (algunos de los casos tenían historia social previa). En 5 casos se ha podido demostrar un consumo crónico durante toda la gestación mediante la detección de MA en el cabello de la madre, y en ningún caso hubo asociación de otras sustancias de abuso, posiblemente porque el patrón de consumo, en estas mujeres, no es recreativo sino para aguantar largas jornadas de trabajo. Los resultados perinatales se muestran en la tabla 1. Queremos destacar el último caso, afecto de una grave malformación cerebral (ventriculomegalia bilateral con efecto masa en fosa posterior, malformación del desarrollo cortical derecho, adelgazamiento cortical izquierdo y posible ausencia de cuerpo calloso) que ha precisado tratamiento neuroquirúrgico. El consumo de MA podría explicarlo dado que cualquier daño en el primer trimestre, por ejemplo de causa vascular, puede ocasionar malformaciones graves en el desarrollo cortical; aunque por carecer de ecografías

<sup>☆</sup> Comunicación póster presentada en el XXV Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal de la SEN-V Congreso de Enfermería Neonatal, Sevilla 20-22 mayo 2015.

Tabla 1 Resumen de los casos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nacionalidad	Filipina	Filipina	Filipina	Filipina	Filipina	Filipina	Filipina	Filipina	Filipina
Control gestación	No	Escaso	No	No	No	No	Escaso	No	No
Historia social	Sí	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No
Edad gestacional (semanas)	37,2	39	38	37	37,2	34,4	38,5	37	35
Peso (g)	2.205 (P <sub>4</sub> )	3.835 (P <sub>95</sub> )	3.135 (P <sub>65</sub> )	3.055 (P <sub>63</sub> )	2.560 (P <sub>17</sub> )	2.864 (P <sub>95</sub> )	3.160 (P <sub>41</sub> )	1.860 (< P <sub>1</sub> )	2.318 (P <sub>45</sub> )
Talla (cm)	45 (P <sub>2</sub> )	48 (P <sub>20</sub> )	48 (P <sub>35</sub> )	49 (P <sub>60</sub> )	46 (P <sub>7</sub> )	48 (P <sub>91</sub> )	49 (P <sub>31</sub> )	42 (< P <sub>1</sub> )	46,5 (P <sub>67</sub> )
Percentil (P)	33 (P <sub>38</sub> )	34 (P <sub>44</sub> )	33 (P <sub>38</sub> )	32 (P <sub>20</sub> )	32 (P <sub>17</sub> )	33 (P <sub>79</sub> )	34,5 (P <sub>53</sub> )	29,5 (< P <sub>1</sub> )	33,5 (P <sub>81</sub> )
Perímetro craneal (cm)	+ / +	+ / +	+ / +	+ / +	+ / +	+ / -	? / +	? / +	+ / +
MA orina madre/RN	No	+	No	No	+	+	No	+	+
MA cabello madre	No	No	No	Aspiración meconial	No	No	No	Mioclonias benignas del sueño	Malformación cerebral
Alteraciones neonatales	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Retirada custodia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí

MA: metanfetamina; RN: recién nacido.

prenatales, no podemos datar el momento de aparición de la lesión.

Nos llama la atención que, pese al poder adictivo de MA, ninguno ha presentado manifestaciones neuro-conductuales ni letargia los primeros días de vida, incluso en los que se ha demostrado una exposición a MA durante toda la gestación. El consumo de «*shabú*» ha permitido detectar problemas sociales subyacentes, de tal gravedad, que han derivado en la retirada de la custodia en todos los casos menos uno que permanece en seguimiento domiciliario por servicios sociales.

La MA es una de las drogas de abuso más adictivas, asociándose con múltiples adversidades psicosociales y económicas que dificultan un ambiente adecuado para la crianza y cuidado de un recién nacido<sup>4,6</sup>.

El consumo de MA durante el embarazo se asocia con nivel socioeconómico bajo, riesgo aumentado de problemas legales, mayor prevalencia de hogar monoparental y percepciones maternas de baja calidad de vida. Suele coexistir un entorno social y familiar consumidor de sustancias de abuso<sup>4,6</sup>.

Las mujeres consumidoras de MA durante el embarazo presentan mayor consumo de otras sustancias teratogénicas que hay que tener en cuenta, como alcohol, tabaco y marihuana<sup>1,4-6</sup>. Se ha observado mayor comorbilidad de enfermedad psiquiátrica: depresión, ideas paranoicas, insomnio y agresividad<sup>3,4,6</sup>.

El principal problema asociado al consumo de MA durante el embarazo es el control prenatal inadecuado o inexistente, lo que dificulta el vínculo a servicios sociales y salud mental<sup>2,4</sup>.

La baja asistencia al servicio sanitario se observa también en la época posnatal, y conduce a situaciones de negligencia y abuso infantil en estos hogares, con aumento de la pérdida de custodia durante la infancia<sup>2,3</sup>.

Reportamos el primer estudio en España de exposición prenatal a MA en la comunidad filipina, que incluye un caso con una malformación del SNC y, en todos ellos, graves problemas sociales no detectados anteriormente, por carecer de controles prenatales.

Con esta publicación queremos dar una voz de alarma que permita detectar a estas poblaciones de riesgo con el fin de conseguir un seguimiento prenatal multidisciplinar que integre al equipo obstétrico, servicios de soporte psiquiátrico y social. De esta forma, se podría intentar hacer un trabajo

con estas gestantes para reconducir su adicción, evitar efectos deletéreos en los recién nacidos y trabajar el vínculo familiar.

## Bibliografía

1. Abar B, LaGasse L, Newman E, Smith L, Huestis M, Neal C, et al. Examining the relationships between prenatal methamphetamine exposure, early adversity, and child neurobehavioral disinhibition. *Psychol Addict Behav.* 2013;27:662-73.
2. Wu M, LaGasse L, Wouldes T, Arria A, Wilcox T, Derauf C, et al. Predictors of inadequate prenatal care in methamphetamine-using mothers in New Zealand and United States. *Matern Child Health J.* 2013;17:566-75.
3. Gonsales R, Mooney L, Rawson R. The methamphetamine problem in the United States. *Annu Rev Public Health.* 2010;31:385-98.
4. Wouldes T, LaGasse L, Derauf C, Newman E, Shah R, Smith L, et al. Co-morbidity of substance use disorder and psychopathology in women who use methamphetamine during pregnancy in the US and New Zealand. *Drug Alcohol Depend.* 2013;127:101-7.
5. Smith L, Yonekura ML, Wallace T, Berman N, Kuo J, Berkowitz C. Effects of prenatal methamphetamine exposure on fetal growth and drug withdrawal symptoms in infants born at term. *J Dev Behav Pediatr.* 2003;24:17-23.
6. Derauf C, LaGasse L, Smith L, Grant P, Shah R, Arria A, et al. Demographic and psychosocial characteristics of mothers using methamphetamine during pregnancy: Preliminary results of the infant development, environment, and lifestyle study (IDEAL). *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2007;33:281-9.

Cristina Manzano Varo, M. Ángeles López-Vílchez\*,  
Lucía Román Eyo, Jordi García García  
y Antonio Mur Sierra

*Sección de Neonatología, Servicio de Pediatría, Hospital del Mar, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.05.010>

1695-4033/

© 2016 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.