

Drogodependencias y gestación

Dra. M^a Josep Gibert.
Ginecóloga.
Fundació Hospital Comarcal d'Inca.
mjose.gibert@hcin.es



Datos epidemiológicos



- Una de cada tres mujeres es fumadora en el momento de saber que está embarazada **(Castellanos E, Nebot M. Med Clin (Barc). 1998;111:670.)**.
- El alcohol sigue siendo la sustancia adictiva más consumida en España: más de tres cuartas partes de la población de 15 a 64 años lo toman de manera esporádica **(Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas en España 2005-2006.)**.
- En España, el alcohol y el tabaco constituyen las sustancias adictivas que ocasionan mayores problemas sanitarios. Le siguen en proporción el consumo no médico de fármacos hipnosedantes y después el de las sustancias ilegales **(Pérez López JA. Med Integral. 2002;39:110.)**.

Datos epidemiológicos



- Octubre 2002-febrero 2004.
- Hospital de Mar.
- 830 muestras de meconio y 549 pares madre-hijo.
- 1,3% mujeres entrevistadas consumieron opiáceos, 1,8% cocaína y 1,3% ambas drogas **frente a** 8,7%, 4,4% y 2,2% en meconio.
- El uso de drogas no se relacionaba ni con la etnia, ni con la clase social, pero se apreció una tendencia más alta hacia el uso de drogas en profesionales.
- Las consumidoras de drogas eran más frecuentemente multíparas, tuvieron más abortos que las no consumidoras ($p < 0,05$).
- El consumo de opiáceos y cocaína durante el embarazo se asoció con el hábito tabáquico, la severidad del mismo, y el uso de cannabis.

Pichini S y cols. Forensic Sci Int 2005;153:59.

Indicios de abuso de sustancias



MÉDICOS

Lesiones múltiples
Solicita psicotropos
Enfermedades específicas
(pancreatitis, abscesos cutáneos,
endocarditis, HIV)
Insomnio
Autolisis
Abstinencia
Tatuajes, piercing
Hijo con microcefalia
Síndrome muerte súbita del lactante

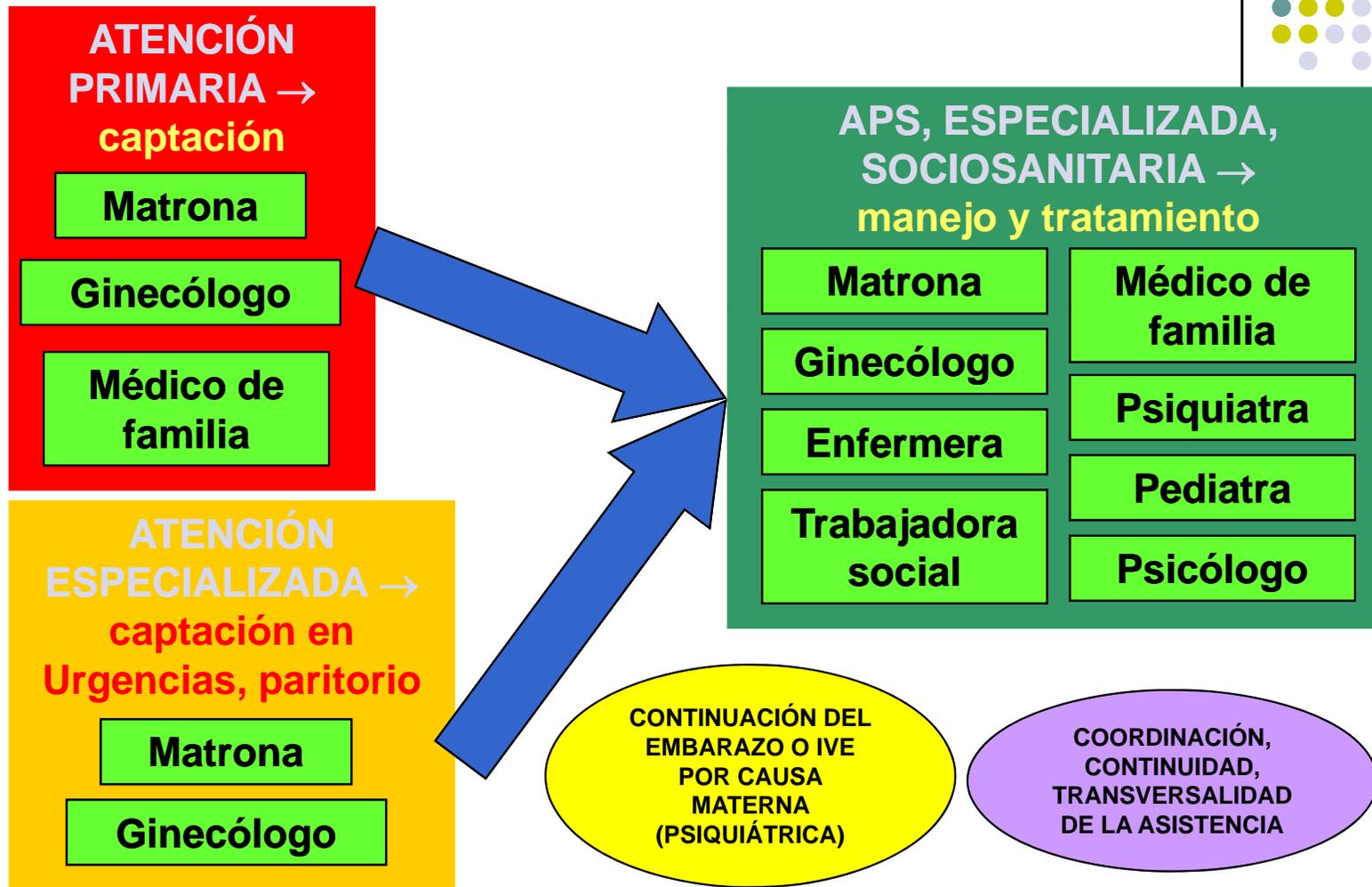
OBSTÉTRICOS

Control prenatal tardío
Prematuridad
Abortos no explicados
RPM
DPPNI
Preeclampsia
Asfixia fetal
Muerte fetal
Síndrome abstinencia neonatal
Crecimiento intrauterino restringido
Nutrición incorrecta

SOCIALES

Incomparecencia en consultas ordinarias
Rendimiento académico/laboral bajo
Frecuenta las urgencias
Disputas conyugales
Problemas legales
No custodia de sus hijos
Hijos con problemas de comportamiento
AF de abuso de sustancias

Circuitos asistenciales: gestante bajo sospecha de consumo de tóxicos



Circuitos asistenciales específicos para las consumidoras de tóxicos

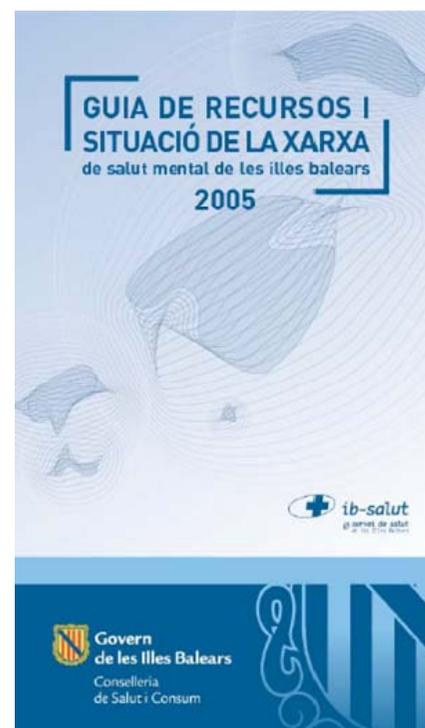


**Centres d'Atenció a
Drogodependències**

Unitats de Desintoxicació

**Centres de Tractament
Residencial**

**Equips de prevenció i inserció de
drogodependents**



<http://ib-salut.caib.es/saludmental.ca.pdf>

Confirmación de abuso de sustancias



- **Anamnesis:** empezar por tóxicos legales y luego seguir con las drogas...
- **Laboratorio:** orina (anfetaminas, cocaína, opiáceos, marihuana, PCP), pelo (cocaína y opiáceos), sangre (alcohol). Hay que pedir consentimiento a la paciente, salvo en casos de inconsciencia o de intoxicación franca.

Dependencia nicotínica: test de Fagerström



Pregunta	Respuesta	Puntos
1.- ¿Cuánto tarda en fumar el primer cigarrillo después de levantarse?	Menos de 5 minutos	3
	Entre 6 y 30 minutos	2
	Entre 31 y 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
2.- ¿Le cuesta no fumar en lugares donde está prohibido hacerlo?	Sí	1
	No	0
3.- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	Al primero de la mañana	1
	A todos los demás	0
4.- ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 ó menos	0
	Entre 11 y 20	1
	Entre 21 y 30	2
	31 ó más	3
5.- ¿Fuma más durante las primeras horas del día que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
6.- ¿Si está tan enfermo que pasa la mayor parte del día en la cama, fuma?	Sí	1
	No	0

0-2: dependencia leve.
3-4: dependencia media.
5-6: dependencia fuerte.
7-10: dependencia muy fuerte.

Dependencia enólica: prueba de T-ACE

(Sokol RJ y cols. Am J Obstet Gynecol. 1989;160:863.)



¿A partir de cuántas bebidas se empieza a encontrar mal? (**TOLERANCE**) (2 puntos si más de dos bebidas)

¿Le molesta que la gente le recrimine lo que bebe? (**ANNOYED**) (1 punto)

¿Ha sentido alguna vez la necesidad de bajar el número de bebidas diarias? (**CUT DOWN**) (1 punto)

¿Ha bebido usted alguna vez nada más levantarse? (**EYE-OPENER**) (1 punto)

Positivo desde dos o más puntos.

La sensibilidad es del 70% y la especificidad del 85%.

Preconcepción y gestación: etapas óptimas para la intervención sanitaria



- **Etapa preconcepcional:** mayores garantías para que los hábitos saludables se incorporen de forma permanente.
- **Gestación:** las gestantes están preocupadas por su salud y la del feto → más motivadas a abandonar los tóxicos.
- **Atención prenatal** = seguimiento regular, oportunidad de consejo profesional.

Análisis del riesgo de defectos congénitos debidos a la ingesta de drogas durante el embarazo

(Martínez-Frías ML. Med Clin (Barc). 1999;112:41.)



- Datos del ECEMC (registro de defectos congénitos de base hospitalaria).
- Recogida de la información en tipo caso-control. Esto significa que por cada niño malformado que nació en cualquiera de los hospitales colaboradores, se seleccionó un control que fue el siguiente nacimiento del mismo sexo que el malformado, que ocurrió en el mismo hospital, siempre que no presentara malformaciones.
- Abril de 1976 y junio de 1996, y corresponde a un total de 1.333.879 recién nacidos vivos consecutivos, de los que 24.696 presentaron defectos congénitos.

Análisis del riesgo de defectos congénitos debidos a la ingesta de drogas durante el embarazo

(Martínez-Frías ML. Med Clin (Barc). 1999;112:41.)



- De las madres de los malformados, 54 reconocieron que habían consumido drogas durante el embarazo (34 heroína, 11 cocaína, 7 cocaína y heroína, y 2 otras drogas duras), y alguna de ellas también fumó marihuana. Entre los controles, 29 reconocieron haber consumido drogas durante la gestación (22 heroína, 3 cocaína, 3 heroína y cocaína, y una LSD), y alguna también fumó marihuana. Se han excluido las madres que sólo fumaron marihuana y no utilizaron otras drogas.

Análisis del riesgo de defectos congénitos debidos a la ingesta de drogas durante el embarazo

(Martínez-Frías ML. Med Clin (Barc). 1999;112:41.)

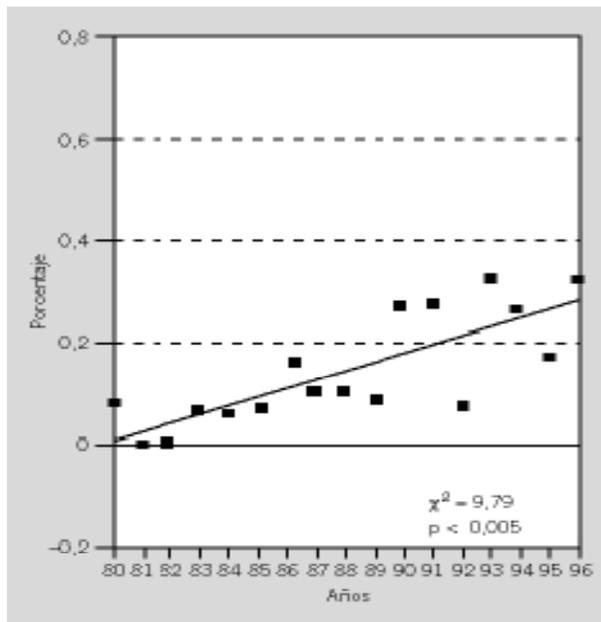


Fig. 2. Porcentaje anual de madres consumidoras de drogas entre las madres de niños sanos (controles).

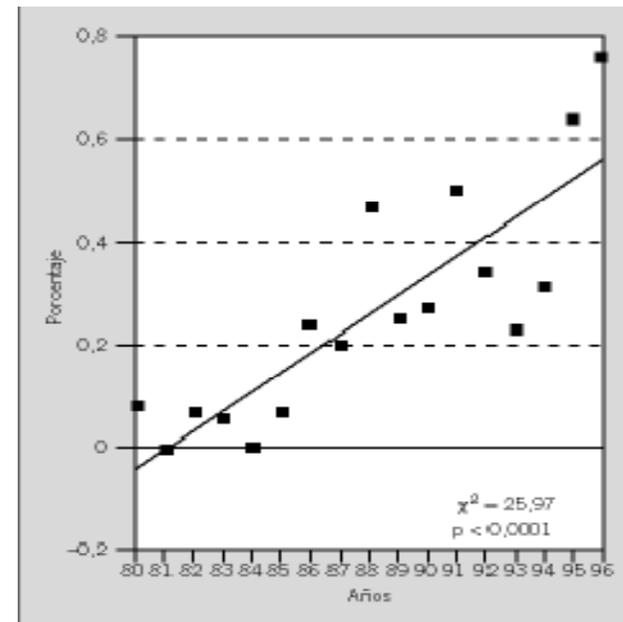


Fig. 1. Porcentaje anual de madres consumidoras de drogas entre las madres de niños malformados.

La proporción de estas madres que consumieron drogas durante el embarazo ha experimentado un crecimiento progresivo evolutivo que es estadísticamente significativo en consumidoras y no consumidoras de tóxicos ($p < 0,0001$ y $p < 0,005$, respectivamente).

Análisis del riesgo de defectos congénitos debidos a la ingesta de drogas durante el embarazo

(Martínez-Frías ML. Med Clin (Barc). 1999;112:41.)



TABLA 2

Media del peso de los recién nacidos malformados en relación a si la madre consume o no drogas y si fuma o no

Grupos de población estudiadas	Número	Media	DE	t de Student y nivel de significación
Madres que fuman				
Madres consumidoras de drogas	44	2.642,3	578,6	4,74
Madres no consumidoras de drogas	5.253	3.065,2	588,6	0,001
Madres que no fuman				
Madres consumidoras de drogas	4	2.920	258,8	0,65
Madres no consumidoras de drogas	15.868	3.178,9	612,2	NS

DE: desviación estándar. NS: estadísticamente no significativo.

Entre las mujeres que sí fumaron, el peso de los hijos de las madres que consumieron drogas fue significativamente menor (422 g menos de promedio). Entre las mujeres que no fumaron, aunque la media del peso fue también menor (259 g menos de promedio), no llegó a alcanzar nivel de significación estadística (n bajo).

Análisis del riesgo de defectos congénitos debidos a la ingesta de drogas durante el embarazo

(Martínez-Frías ML. Med Clin (Barc). 1999;112:41.)



En el grupo de madres fumadoras, se realizó el análisis separando por cantidad de cigarrillos diarios en dos estratos, con 10 o menos cigarrillos diarios y con más de 10 diarios.

Los resultados fueron los mismos, los hijos de madres consumidoras de drogas pesaron significativamente menos en los dos estratos = la ingestión de drogas se relaciona con un bajo peso que no es debido al hecho de que las madres que consumen drogas fumen más.

Análisis del riesgo de defectos congénitos debidos a la ingesta de drogas durante el embarazo

(Martínez-Frías ML. Med Clin (Barc). 1999;112:41.)



OR para defectos congénitos totales = 1,84 (IC 95% 1,15-y 2,96).

- Se realizan modelos de regresión logística para controlar las variables que se relacionan con consumo de drogas durante la gestación (nivel sociocultural inferior, menor cuidado prenatal, más tabaquismo y enolismo, más jóvenes, menos ingestión de vitaminas/minerales).
- El tabaco no modificó los resultados cuando se incluyó en el estudio.

Análisis del riesgo de defectos congénitos debidos a la ingesta de drogas durante el embarazo

(Martínez-Frías ML. Med Clin (Barc). 1999;112:41.)



TABLA 3

Resultados del análisis de regresión logística para analizar el efecto de las drogas (controlando edad materna, nivel de escolaridad, alcohol y vitaminas/minerales)

Defectos estudiados	OR	Límites de confianza		P
		Inferior	Superior	
Defectos del tubo neural	3,88	1,05	14,21	0,04
Atresia de las coanas	37,93	6,75	213,16	0,000
Labio leporino ± paladar hendido	1,53	0,45	5,19	0,49
Atresia del esófago	13,37	3,51	51,00	0,0001
Cardiovasculares	1,13	0,34	3,80	0,84
Gastrosquisis	11,97	1,15	125,19	0,04
Renales y urinarios	0,97	0,22	4,15	0,95
Agenesia renal	4,06	0,49	33,48	0,19
Hipospadias	2,01	0,65	4,72	0,11
Genitales menos hipospadias	0,63	0,08	4,76	0,65
Atresia del ano	5,65	1,55	22,11	0,009
Polidactilia postaxial	3,55	1,01	12,42	0,05

OR: odds ratio.

Riesgo significativo: DTNs, atresia de coanas, atresia del esófago, gastrosquisis, atresia del ano y polidactilia postaxial.

Análisis del riesgo de defectos congénitos debidos a la ingesta de drogas durante el embarazo

(Martínez-Frías ML. Med Clin (Barc). 1999;112:41.)



- Cronología de la embriogénesis: importancia de la actuación preconcepcional.
- DTNs no han sido relacionados con drogas de abuso, posible relación con malnutrición.
- Atresia de las coanas, atresia del esófago, gastrosquisis y atresia del ano → defectos de patogenia vascular.
- Otros estudios: incremento del riesgo para defectos cardiovasculares, fisuras orales y genitourinarios.

Alcohol





Se ha documentado mayor proporción de muerte por disfunción fetoplacentaria (1,37 por 1.000 nacimientos en las mujeres que consumen menos de una bebida por semana frente a 8,83 por 1.000 en las consumidoras de cinco o más bebidas alcohólicas diarias).

(Kesmodel U y cols. Am J Epidemiol. 2002;155:305.)

Síndrome alcohólico fetal



CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE SAF (LOS 3)

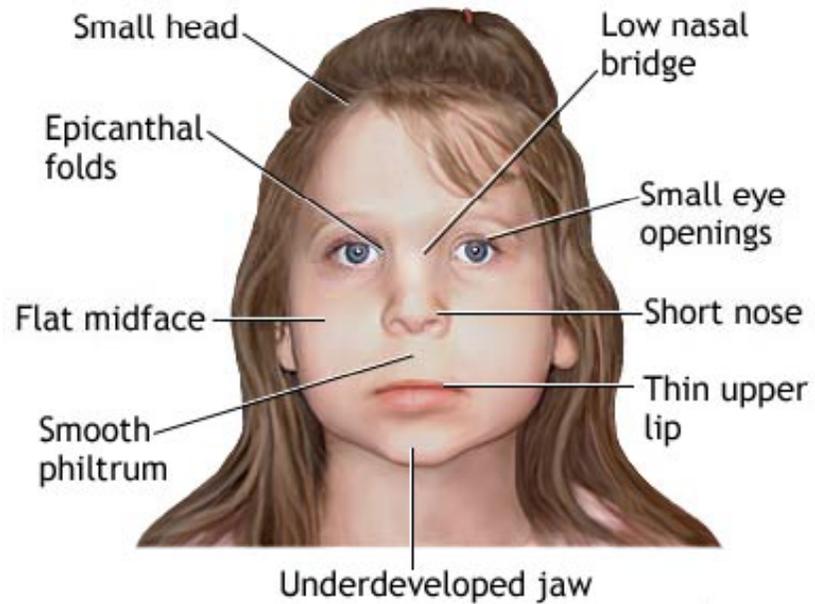
- 1.- Problemas de crecimiento (pre o posnatal, en algún momento, \leq P10).
- 2.- Dismorfia facial.
- 3.- Anomalías SNC: anomalías estructurales, problemas neurológicos, CI bajo.

- Riesgo superior en hijos de mujeres más mayores, multíparas, afroamericanas, indias americanas, estado socioeconómico bajo, tabaquismo, solteras, en paro, consumo concomitante de drogas, antecedentes de abusos sexuales, de reclusión en prisión, si tiene una pareja o un pariente que es alcohólico, con enfermedades psiquiátricas.
- Polimorfismos del gen de la alcohol deshidrogenasa (ADH1B) maternos y fetales.

10% entre consumidoras de 30-60 g de alcohol diarios.

(ACOG Technical Bulletin No. 195, 1994.)

Síndrome alcohólico fetal



ADAM.

Exposición a alcohol durante la gestación

Hiperactivo, irritable, retraso mental, fallo de medro, fenotipo especial.

A veces, cardiopatías y defectos articulares. Mayor riesgo de hemorragia peri-intraventricular y lesiones sustancia blanca en pretérmino.

ESTOS PROBLEMAS NO SE PUEDEN DIAGNOSTICAR PRENATALMENTE.

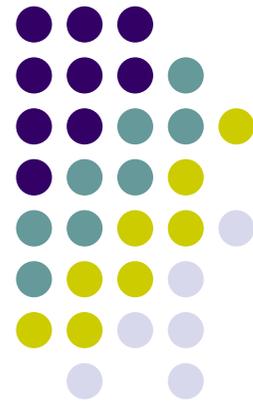
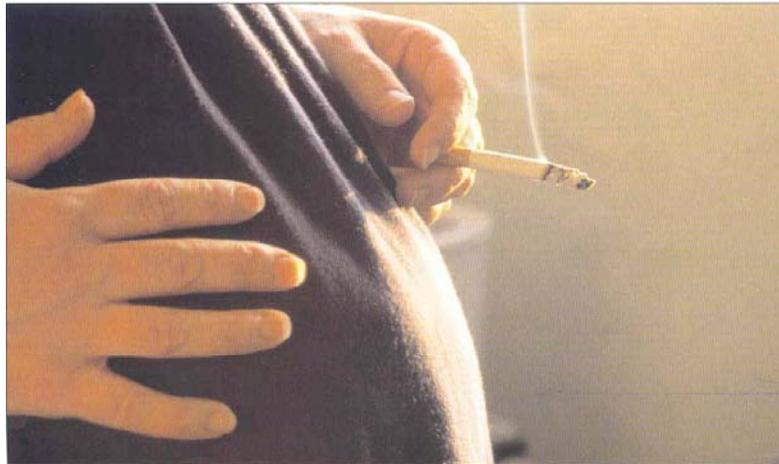
JAMÁS SE HA ESTABLECIDO UN NIVEL DE EXPOSICIÓN SEGURO PARA EL ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO, pero este síndrome es más frecuente en grandes bebedoras.



Embarazo = alcohol 0

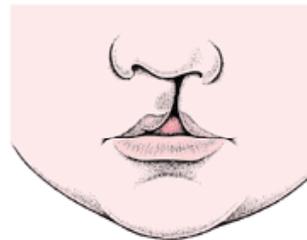


Tabaco

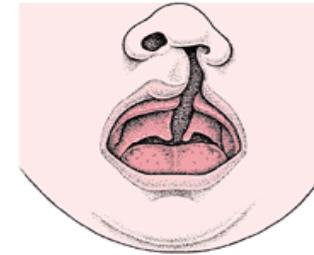




- Mayor riesgo de embarazo ectópico y de aborto espontáneo.
- OR x3 de bajo peso al nacer y x2 de prematuridad.
- Síndrome de muerte súbita del lactante.
- LM menos frecuente, de menor duración.
- Mayor riesgo de asma, de hiperactividad.
- Aunque es bueno abandonar el hábito tabáquico en cualquier momento, es mejor antes del embarazo o durante el primer trimestre.



Cleft Lip



Cleft Palate

RR de secuencia de Poland x 2
(Martínez-Frías ML y cols. *Teratology* 1999 ;59:35.).
SÓLO EN PORTADORES DE UN POLIMORFISMO DEL GEN TGF-alfa
RR de fisura palatina y labio leporino x2
RR de fisura palatina x4-x7
(Hwang SJ y cols. *Am J Epidemiol* 1995; 14:629).

Diagrama de flujo para promover el abandono del tabaquismo durante el embarazo



Gestantes con más probabilidades de dejar de fumar si:

- 5-10 cigarrillos diarios.
- Deciden abandonar tabaco al principio de la gestación.
- Creen en su propia capacidad para conseguirlo.
- Su pareja no fuma o ha dejado de hacerlo debido a este embarazo.
- Pueden afrontar el síndrome de abstinencia.
- Presentan náuseas o pequeñas molestias al inicio del embarazo.
- Son primíparas.

Guía clínica para promover el abandono del consumo del tabaco durante el embarazo. Generalitat de Catalunya, 2006.

<http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/catalegcatdefset06.pdf>
http://portal.aragob.es/pls/portal30/docs/FOLDER/SALUDPUBLICA/S_AMBIEN/SAL/SEM/TERCERA/TABACOEMBARA/GU%CDA+EMBARAZO.PDF

Modalidades de deshabituación



- Consejo antitabáquico (MFyC, consultas control gestación).
- Terapias de grupo.
- Consejo profesional individualizado.
- Terapia sustitutiva de la nicotina (fuman más de 10 cigarrillos diarios, Fagerström > 5).

Opiáceos

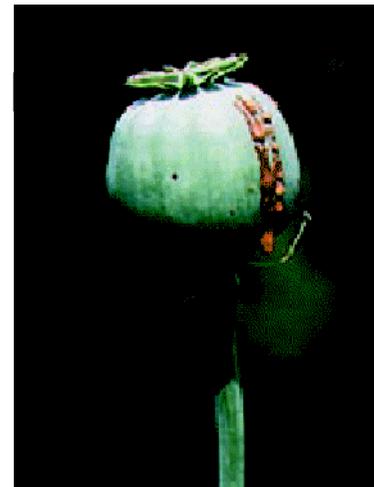


Figura 2 . Anapoda (*Papaverum somniferum*).





- Más riesgo de aborto, DPPNI (vc placentaria), RPM, APP (aumento de complicaciones durante el síndrome de abstinencia), CIR, preeclampsia, hipoxia, muerte fetal.
- No más malformaciones congénitas por la drogadicción con heroína (**Little BB y cols. J Reprod Med. 1990;35:159.**).
- Los problemas neonatales son complicaciones asociadas con la prematuridad, abstinencia de opiáceos, fallo de medro, microcefalia, déficits de comportamiento y síndrome de muerte súbita del lactante (**Dattel BJ. Semin Perinatol 1990;14:179.**).

Tratamiento con metadona



- El tratamiento mantenido con metadona, reduce el uso de drogas ilícitas en las gestantes, aunque la mayoría continúan tomándolas, al menos de forma ocasional ([Crandall C y cols. J Subst Abuse Treat. 2004;26:295.](#)). Sin embargo, no suele producirse el aumento de complicaciones maternas y fetales que originan los opiáceos y además tiene una acción positiva sobre el peso fetal. No se ha demostrado que la metadona incremente el riesgo de malformaciones ([Stimmel B y cols. JAMA. 1976; 235:1121.](#)).
- Dosis mínima efectiva. Comenzar con 20 mg y en función de la respuesta incrementar otros 20 mg. Con estos 40 mg se suelen controlar el 80% de los casos.
- La metadona debe continuarse durante el parto y el puerperio, analgésicos adicionales deben administrarse intraparto.
- La práctica de tratar a toda gestante adicta a la heroína con metadona ha sido cuestionada en mujeres que no abandonan el uso de heroína, puesto que en este grupo la mortalidad neonatal es superior ([Hulse GK, O'Neill G. Aust NZJ Obstet Gynaecol 2001;41:329.](#)).

Cocaína





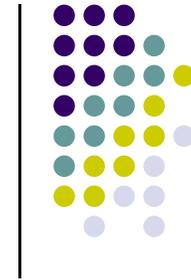
- Complicaciones debidas a su acción vasoconstrictora y a su facilidad para atravesar la barrera placentaria (80% de concentración materna en sangre fetal).
- Las principales complicaciones asociadas a la cocaína son: IAM, ACV, aborto, DPPNI, parto prematuro, RPM, CIR, hipoxia, muerte fetal (superponible a opiáceos); malformaciones como la microcefalia, urogenitales, de EE, neurológicas. **(Curet LB, Hsi AC. Clin Obstet Gynecol. 2002;43:73.)**
- Estudios recientes parecen apoyar el concepto que la cocaína interfiere en el desarrollo del cerebro del niño. **(Ogunyemi D, Hernández-Loera GE. J Matern Fetal Neonatal Med. 2004;15:253.)**



- Seguimiento de 196 niños expuestos a cocaína y a 186 no expuestos durante sus cuatro primeros años de vida ([Singer LT y cols. JAMA. 2004;291:2448.](#)). Todos los participantes fueron identificados por medio de cribado de drogas periparto y reclutados de una población de alto riesgo, y los investigadores fueron cegados. Después de controlar un gran número de factores de confusión, se halló que los niños expuestos intraútero a cocaína tenían:
 - CI globales, verbales y rendimiento similares a los no expuestos.
 - Habilidades visuoespaciales y aritméticas inferiores.
 - Una menor probabilidad de tener un CI por encima de la media de la población general.
 - Sin embargo, las variables de calidad del entorno doméstico (estimulación, progenitores bien educados, salud psicológica) fueron los predictores independientes más importantes, pues este entorno de alta calidad compensó los factores negativos, tales como la exposición alta intraútero a la cocaína.

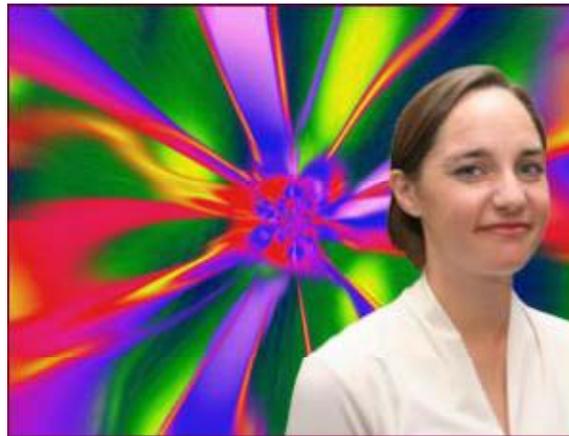
Anfetaminas





- Metanfetamina (speed), 3,4-metilendoxianfetamina (éxtasis).
- Aumentan la tasa de complicaciones maternas y fetales (las mismas que las citadas para opiáceos y cocaína). Datos contradictorios con respecto a un eventual efecto teratógeno.

Alucinógenos



- Existen pocos datos fiables sobre los efectos del LSD sobre la gestante y el feto.
- Las semillas de la *Argyreia nervosa* (Hawaiian baby woodrose) son consumidas por las adolescentes como drogas alucinógenas. Contiene alcaloides semejantes al LSD, pero sus efectos son diferentes. Produce un efecto sedante y una alteración autonómica desagradable, semejante a la escopolamina y se supone que puede producir distrés fetal (**Borsutzky M y cols. Nervenartz. 2002; 73: 892-6.**).



Cannabis





- El uso abusivo de Cannabis = más probabilidad de alteraciones en la espermatogénesis y menstruales.
- Produce tolerancia y dependencia psíquica. La supresión del consumo se puede realizar de forma brusca, ya que no crea dependencia física.
- Riesgos superponibles a otros tóxicos (policonsumo).

Sedantes





- El feto y el neonato metabolizan las benzodiacepinas muy lentamente (tratamientos prolongados, dosis altas):
 - RN **0-2 semanas**: síndrome del "floppy infant" (hipotonía muscular, exceso de sedación).
 - RN **2-más semanas**: síntomas de abstinencia (hiperexcitabilidad, llanto estridente y dificultades de alimentación).
- La adicción materna a benzodiacepinas ha sido asociada a malformaciones fetales (labio leporino, fisura palatina).

Asistencia prenatal



- Frecuencia de consultas individualizada.
- Anamnesis: uso de tóxicos, entorno, motivación.
- Corregir déficits nutricionales por medio de una dieta equilibrada y suplementos de vitaminas y minerales.
- La anemia es más frecuente en la gestante drogadicta (1/3 con anemia).
- Serologías VIH, VHB, VHC, lúes, gonococia, clamidia, Mantoux.
- VAT, vacuna anti-VHB.
- Ecografías periódicas.
- PRECAUCIÓN EN EL EMPLEO DE β -MIMÉTICOS a causa de arritmias y cardiopatías maternas más frecuentes.
- Estudio prospectivo de cohorte realizado sobre 6.673 mujeres que dieron a luz ([El-Mohandes A y cols. J Perinatol. 2003;23:354.](#)) se analizó la efectividad de los cuidados prenatales para prevenir una serie de complicaciones perinatales producidas por las drogas. Se encontró una reducción clara del riesgo de prematuridad, de bajo peso fetal y neonatal.

Asistencia al parto



- Analgesia adecuada.
- Uso de opiáceos, metadona: evitar los antagonistas y los agonistas-antagonistas (NO butorfanol, nalbufina y naloxona; Sí morfina, meperidina, fentanilo).
- Se prefiere la analgesia o anestesia regional para el parto y el neonato debe ser atendido por el neonatólogo.

Asistencia al puerperio



- El puerperio también constituye una época muy adecuada para intentar la deshabitación (responsabilidad hacia el neonato).
- Vida media larga de metadona: latencia del síndrome de abstinencia de varios días.
- Más de la mitad de consumidoras de heroína o en PMM tienen neonatos con síndrome de abstinencia neonatal: irritabilidad, temblores, agitación, disfunción GI>> crisis epilépticas.
- Fomentar lactancia materna (salvo si > 20 mg metadona diarios/uso tóxicos) (www.e-lactancia.org).
- Derivación de la madre a los dispositivos asistenciales adecuados.

En resumen...



- Importancia de la consulta preconcepcional oportunista/intencionada (MFyC, ginecólogos, matronas, enfermería, responsables toma citológica).
- Cribar a todas las gestantes sobre el consumo de tóxicos.
- Educar sobre las consecuencias negativas de los tóxicos sobre la gestación: prematuridad, restricción del crecimiento fetal, muerte fetal, alteraciones del comportamiento a largo plazo.
- Actuar en los casos más leves, derivar/colaborar en equipos multidisciplinares (soporte sanitario, social).
- Gestación de alto riesgo: visitas, serologías (VIH, VHB, VHC, ETS, ...), ecografías más frecuentes. Nutrición adecuada.
- Comunicar situación al pediatra (síndrome de abstinencia neonatal).
- Lactancia materna, fomentar, salvo si continúa con el uso de tóxicos o > 20 mg de metadona diarios.



Moltes gràcies.