



## **Seminario n°131:**

# **Drogas Ilícitas y Embarazo**

Dra. M<sup>a</sup> Francisca Gonzalez, Dr. Daniel  
Martin Navarrete, Dra. Daniela Cisternas  
Olguín, Dr. Juan Guillermo Rodríguez  
Aris

# MAPA DE LA RUTA:



## DROGAS ILÍCITAS Y EMBARAZO

- Definiciones
- Epidemiología
- Efectos Fisiopatológicos
- Efectos
  - Marihuana
  - Cocaína
- Resultados Obstétricos
- Resultados Perinatales
- Screening
- Manejo

# Definiciones



- **Droga** es toda sustancia que produce dependencia y que se emplea voluntariamente para provocar determinadas sensaciones o estados psíquicos.
- La dependencia de sustancias es un trastorno crónico recidivante, con una base biológica y genética, y que no se debe únicamente a la falta de voluntad o de deseo de abandonar el consumo .
- La **drogadicción** es el estado psíquico y físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco que modifica el comportamiento y un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación. La dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia.

Uso

Abuso

Adicción

**Uso y abuso de drogas durante el embarazo**

**Illicit drug use and abuse during pregnancy**

**Ruoti Cosp M<sup>1</sup>, Ontano M<sup>1</sup>, Calabrese E<sup>1</sup>, Airaldi L<sup>1</sup>, Gruhn E<sup>1</sup>, Galeano J<sup>1</sup>,  
Espinosa A<sup>2</sup>, Gallo Vallejos M<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Cátedra de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas,  
Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

<sup>2</sup>Instituto de Diagnóstico Ecográfico "Matersur", Bahía Blanca, Argentina

<sup>3</sup>Unidad de Medicina Fetal Hospital Universitario "Carlos Haya" y  
Hospital Internacional Xanit, Málaga, España

# Definiciones

- **MARIHUANA** es un alucinógeno-depresor. Resina obtenida a partir del *Cannabis sativa*, utilizada por inhalación del humo. Su principal agente activo o cannabinoides es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC).
- **COCAINA** deriva del *Erythroxylon coca*, constituye un estimulante de SNC. Su principio activo es la benzoil-metil-ecgónica .
  - Las formas de consumo: el sulfato de coca o pasta base (contiene 50% de sulfato de cocaína y otros alcaloides) en cigarrillos. El clorhidrato de cocaína, absorbido fácilmente por las mucosas del organismo O vía IV o SC a través de la disolución del polvo en agua destilada. O crack (mezcla de carbonato de sodio y clorhidrato de cocaína)



# Epidemiología

- En 2017 en USA, 7.5 millones de personas tenían un trastorno por uso de drogas ilícitas. Alcanzando la marihuana (4,1 millones de personas)
- De 2009 a 2017, la prevalencia ajustada del consumo de cannabis en el año anterior al embarazo aumentó de 6.80% a 12.50% , y la prevalencia ajustada del consumo de cannabis durante el embarazo aumentó de 1.95% a 3.38%.

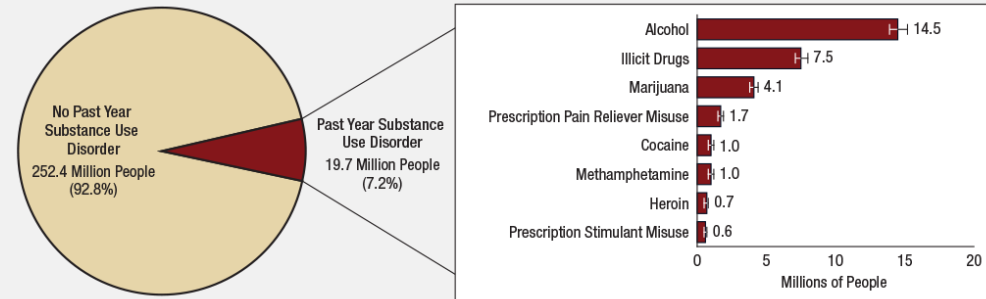
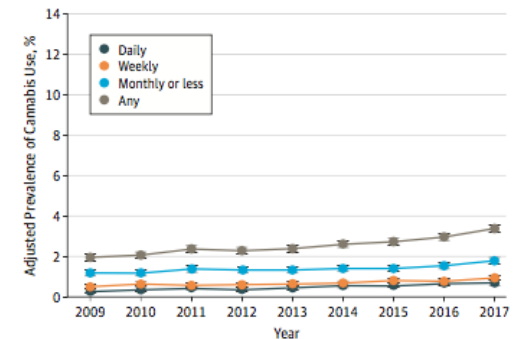


FIGURA:  
<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/NSDUHFFR2017/NSDUHFFR2017.htm#illicit1>

Figure 2. Adjusted Prevalence of Cannabis Use Among 367 403 Pregnancies During Pregnancy by Frequency of Use, 2009-2017

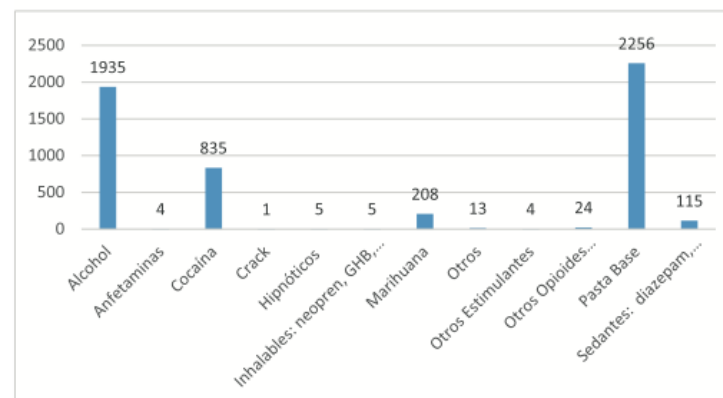


# Epidemiología



- En Chile el 2016, participaron del tratamiento para personas adultas un total de 19.309 personas, de las cuales 5.405 son mujeres (28%).
- 2.117 mujeres (39,2% del total) tienen edades entre los 25 y 35 años.
- El 57,2% (3.091) de mujeres que consumen algún tipo de cocaína y un 35,8% (1.935) que ingresan a tratamiento por alcohol.
- En cuanto a la frecuencia de consumo un 47,3% de las mujeres consumen a diario y un 25,1% consumen 2-3 días en la semana.

Sustancia principal



# Epidemiología

- El 2016 ingresaron a tratamiento 246 mujeres embarazadas, lo que representa un 4,6% de un total de 5.405 mujeres.
- La sustancia principal de ingreso a tratamiento es la pasta base, con un 66,2% (163) de los casos. Le siguen alcohol con 13,4% (33) y cocaína 11,4% (28).
- El 46,7% (115) de las mujeres consume la sustancia a diario, seguido de un 18,3% (46) que la consume entre 2 y 3 días por semana.

Sustancia principal

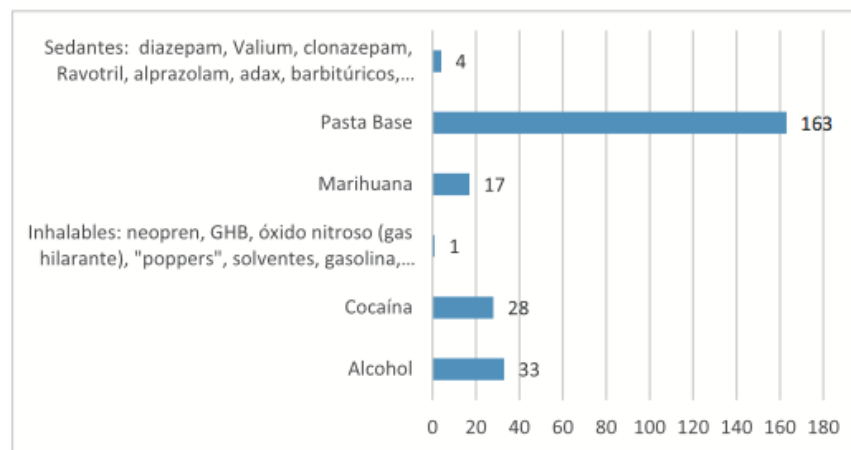


Tabla 4. Prevalencia de consumo de sustancias en el último año. Mujeres, población general entre 18 y 45 años. Puérperas del CHBL, prevalencia de consumo antes del embarazo

	Población general	Puérperas CHBL
Cigarrillos	43,3%	56,8%
Marihuana	3,5%	6,8%
PBC	0,1%	0,4%
Cocaína	0,3%	1,9%

# Efectos Fisiopatológicos

- **MARIHUANA:** THC atraviesa la placenta. Afecta el desarrollo del sistema endocanabinoide y la maduración de sistema de neurotransmisores de dopamina, glutamato y gaba.
- **COCAINA:** Atraviesa la placenta y la barrera hematoencefalica por difusión simple dada liposolubilidad y bajo peso molecular. Los defectos fetales se producen por vasoconstricción, hipertensión e infartos en cualquier momento de la gestación y en cualquier estructura.

## *Maternal, Placental, and Fetal Pathophysiology of Cocaine Exposure During Pregnancy*

MARK A. PLESSINGER, MS,  
and JAMES R. WOODS, Jr., MD  
*University of Rochester, Rochester, New York*

### VIEWPOINT

Lauren M. Jansson,  
MD  
Department of  
Pediatrics, Johns  
Hopkins University  
School of Medicine,  
Baltimore, Maryland.

## Perinatal Marijuana Use and the Developing Child

**Increasing public attention** has recently been paid to the opioid epidemic and attendant effects on prenatally exposed infants and children.<sup>1</sup> Current literature has emerged proposing marijuana as a safe alternative to opioids in addressing pain<sup>2</sup> and cannabis legalization as a way to decrease opioid fatalities.<sup>3</sup> As a result, percep-

related regions of the brain (eg, the nucleus accumbens, amygdala, and cortical areas), potentially altering their functioning in postnatal life and introducing epigenetic alterations with consequences for transgenerational offspring. Because endocannabinoids dynamically regulate fetal development, the timing and duration of prenatal exposure to marijuana and other substances



# Efectos: Marihuana



CERPO

Marihuana<sup>15,16</sup>

1. Aumento de la ingesta calórica posterior al consumo.

Parto prematuro.

2. Letargia e hipotonía al nacer.

Apgar bajo de nacimiento.

Retardo del crecimiento intrauterino.

Mayor riesgo de pequeños para la edad gestacional.

Menor peso y talla de nacimiento asociados a exposición durante todo el embarazo o el primer y segundo trimestre.

Peso aumentado al nacer asociado a exposición aislada durante tercer trimestre.

3. Mayor peso y talla a los 2 años.

Menor perímetro cefálico a los 9 años.

Mayor peso y talla, y menor circunferencia cefálica en la adolescencia.

Disminución de la capacidad verbal y la memoria a los 4 años.

Hiperactividad en la edad escolar.

Dificultad para resolver problemas o actividades que requieren integración visual o atención sostenida durante la adolescencia.

Nutrición  
Hospitalaria



Nutr Hosp. 2015;31(5):2070-2078  
ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ  
S.V.R. 318

Original/ *Pediatría*

Exposición prenatal a drogas de abuso y crecimiento de lactantes de CONIN Valparaíso, Chile

Raúl Piñuñuri<sup>1</sup>, Constanza Mardones<sup>1</sup>, Carina Valenzuela<sup>1</sup>, Pamela Estay<sup>2</sup> y Miguel Llanos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Farmacia, Universidad de Valparaíso. <sup>2</sup>Corporación para la Nutrición Infantil, Valparaíso, Chile. <sup>3</sup>Laboratorio de Nutrición y Regulación Metabólica, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile.

# Efectos: Cocaína

Cocaína<sup>10,15,16</sup>

## 1. Inhibición del apetito.

Deficiencia de vitaminas y minerales por malnutrición

(Ácido Fólico, Hierro, vitaminas del complejo B).

Complicaciones cardiovasculares (Hipertensión).

Desprendimiento de Placenta

Aborto Espontáneo

Parto Prematuro

## 2. Bajo peso, talla y circunferencia cefálica de nacimiento.

Restricción del crecimiento intrauterino.

Menor Apgar

Riesgo mayor de pequeños para la edad gestacional.

Riesgo mayor de accidente cerebro vascular.

Riesgo mayor de hipertensión arterial y convulsiones.

## 3. Perímetro cefálico menor hasta 24 meses de edad.

Exceso de peso a partir de los 13 meses de edad.

Mayor riesgo de hipertensión arterial a los 6 años de edad.

Disminución del estado de alerta, mayor excitabilidad e hipertonía en el primer mes de vida.

Alteraciones neuroconductuales (Irritabilidad).

Nutrición  
Hospitalaria



Nutr Hosp. 2015;31(5):2070-2078  
ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ  
S.V.R. 318

Original/ *Pediatría*

Exposición prenatal a drogas de abuso y crecimiento de lactantes  
de CONIN Valparaíso, Chile

Raúl Piñufuri<sup>1</sup>, Constanza Mardones<sup>1</sup>, Carina Valenzuela<sup>1</sup>, Pamela Estay<sup>2</sup> y Miguel Llanos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Farmacia, Universidad de Valparaíso. <sup>2</sup>Corporación para la Nutrición Infantil, Valparaíso, Chile. <sup>3</sup>Laboratorio de Nutrición y Regulación Metabólica, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile.

# Resultados Obstétricos: Marihuana



- BAJO PESO AL NACER Y PARTO PREMATURO: no hubo un mayor riesgo de bajo peso al nacer (riesgo relativo agrupado 1.16) o parto prematuro (riesgo relativo agrupado 1.08)
- Los consumidores de cannabis tuvieron el doble de la tasa de parto prematuro <37 semanas de gestación que los no usuarios (12.0 versus 6.1 por ciento)

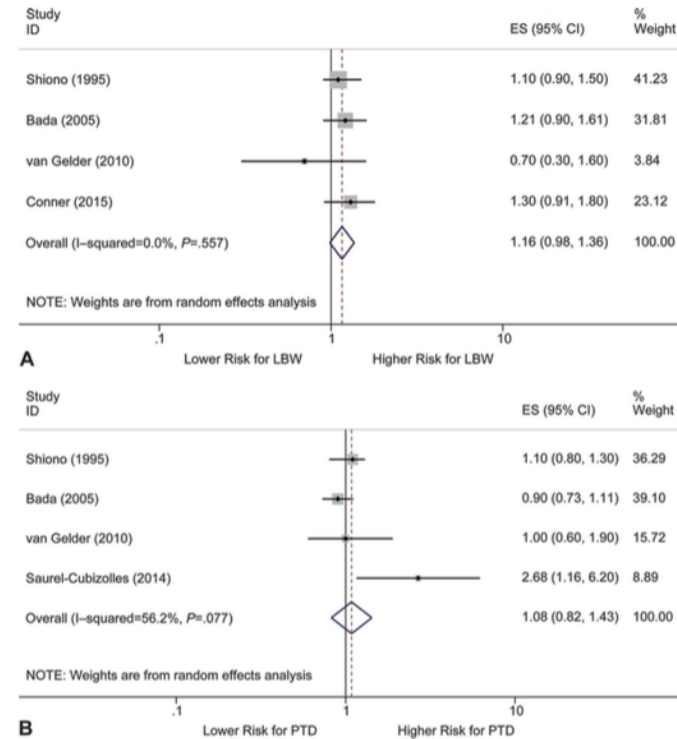


Fig. 4. Forest plot adjusted estimates for marijuana use. **A.** Low birth weight. **B.** Preterm delivery. ES, effect size; CI, confidence interval; PTD, preterm delivery. Conner. *Marijuana and Neonatal Outcomes. Obstet Gynecol* 2016.

Review

## Maternal Marijuana Use and Adverse Neonatal Outcomes

*A Systematic Review and Meta-analysis*

Shayna N. Conner, MD, MSCI, Victoria Bedell, MD, Kim Lipsey, MLIS, George A. Macones, MD, MSCE, Alison G. Cahill, MD, MSCI, and Methodius G. Tuuli, MD, MPH

# Resultados Obstétricos: Marihuana



- PARTO PREMATURO : consumidores de cannabis tuvieron el doble de la tasa de parto prematuro <37 semanas de gestación que los no usuarios (12% versus 6.1 %)
- Mayor frecuencia de pequeños para la edad gestacional ( $\leq 3$  percentil), desprendimiento de la placenta,

Table 3. Pregnancy Outcomes in Users and Nonusers of Cannabis During Pregnancy in the Matched Cohort, BORN Ontario, 2012-2017<sup>a</sup>

Outcome	No. of Events (% Risk)		Risk Difference, % (95% CI) <sup>b</sup>	Relative Risk (95% CI) <sup>b</sup>
	Nonusers (n = 92 873)	Cannabis Users (n = 5639)		
<b>Preterm birth, weeks' gestation</b>				
<37	5396 (7.2)	573 (10.2)	2.98 (2.63 to 3.34)	1.41 (1.36 to 1.47)
34-36 6/7	4068 (5.6)	401 (7.3)	1.75 (1.43 to 2.07)	1.31 (1.25 to 1.38)
32-33 6/7	552 (0.8)	63 (1.2)	0.38 (0.24 to 0.52)	1.46 (1.28 to 1.66)
28-31 6/7	402 (0.5)	56 (1.1)	0.68 (0.55 to 0.80)	2.42 (2.10 to 2.80)
<28	374 (0.5)	53 (1.0)	0.51 (0.39 to 0.63)	1.97 (1.70 to 2.28)
<b>Maternal Outcomes</b>				
Preeclampsia	4869 (4.9)	248 (4.4)	-0.46 (-0.71 to -0.22)	0.90 (0.86 to 0.95)
Gestational diabetes	5131 (4.7)	240 (4.3)	-0.41 (-0.66 to -0.17)	0.91 (0.86 to 0.96)
<b>Delivery Type</b>				
Cesarean	24 166 (24.1)	1337 (23.7)	-0.33 (-0.85 to 0.18)	0.98 (0.96 to 1.00)
Assisted vaginal	11 546 (9.3)	538 (9.5)	0.27 (-0.08 to 0.62)	1.02 (0.99 to 1.06)
<b>Perinatal Outcomes</b>				
SGA (third percentile)	2564 (4.0)	346 (6.1)	2.13 (1.84 to 2.41)	1.53 (1.45 to 1.61)
SGA (10th percentile)	9434 (12.1)	958 (17.0)	4.93 (4.48 to 5.38)	1.41 (1.36 to 1.45)
Placental abruption	685 (0.9)	88 (1.6)	0.68 (0.53 to 0.82)	1.72 (1.54 to 1.92)
Stillbirth	319 (0.5)	33 (0.6)	0.13 (0.03 to 0.22)	1.25 (1.05 to 1.48)
<b>Neonatal Outcomes</b>				
Transfer to NICU	11 553 (13.8)	1089 (19.3)	5.50 (5.04 to 5.97)	1.40 (1.36 to 1.44)
Apgar score <4 (5 min) <sup>c</sup>	638 (0.9)	62 (1.1)	0.24 (0.12 to 0.37)	1.28 (1.13 to 1.45)

Research

JAMA | Original Investigation

## Association Between Self-reported Prenatal Cannabis Use and Maternal, Perinatal, and Neonatal Outcomes

Daniel J. Corsi, PhD; Laura Walsh, MSc; Deborah Weiss, PhD; Helen Hsu, MD; Darine El-Chaar, MD; Steven Hawken, PhD; Deshayne B. Fell, PhD; Mark Walker, MD

# Resultados Perinatales: Marihuana



CERPO

- MALFORMACION CONGENITA :El uso de cannabis periconcepcional parecía estar asociado con un mayor riesgo de anencefalia (odds ratio ajustado = 1.7; intervalo de confianza del 95% = 0.9-3.4),

TABLE 2. ORs and CIs for the Association Between Periconceptual Cannabis Use and Selected Birth Defects

Defect	No. of Cases <sup>a</sup>	No. of Cannabis Exposed	OR (95% CI)	
			Crude	Adjusted <sup>b</sup>
None (controls)	4866	189	Reference	Reference
Anencephaly, craniorachischisis	244	12	1.3 (0.7–2.3)	1.7 (0.9–3.4)
Spina bifida	525	20	1.0 (0.6–1.6)	1.0 (0.6–1.6)
Anotia, microtia	287	11	1.0 (0.5–1.8)	1.0 (0.5–2.0)
Dextrotransposition of the great arteries	336	9	0.7 (0.3–1.3)	0.7 (0.3–1.4)
Tetralogy of Fallot	486	19	1.0 (0.6–1.6)	1.1 (0.6–1.8)
Hypoplastic left heart syndrome	247	7	0.7 (0.3–1.6)	0.7 (0.3–1.6)
Coarctation of aorta	433	15	0.9 (0.5–1.5)	1.0 (0.6–1.8)
Pulmonary valve stenosis	582	24	1.1 (0.7–1.7)	1.2 (0.8–1.9)
Perimembranous VSD	927	34	0.9 (0.6–1.4)	0.9 (0.6–1.4)
ASD secundum	943	31	0.8 (0.6–1.2)	0.7 (0.5–1.0)
ASD not otherwise specified	288	14	1.3 (0.7–2.2)	1.2 (0.7–2.2)
Cleft lip ± cleft palate	1269	61	1.2 (0.9–1.7)	1.0 (0.7–1.4)
Cleft palate	677	25	0.9 (0.6–1.4)	0.8 (0.5–1.3)
Esophageal atresia ± tracheoesophageal fistula	329	12	0.9 (0.5–1.7)	1.2 (0.6–2.2)
Anorectal atresia	468	13	0.7 (0.4–1.3)	0.7 (0.4–1.2)
Hypospadias <sup>c</sup>	924	20	0.5 (0.3–0.8)	0.7 (0.4–1.2)
Transverse limb deficiency	315	14	1.2 (0.7–2.0)	1.1 (0.6–2.0)
Craniosynostosis	517	16	0.8 (0.5–1.3)	1.0 (0.5–1.7)
Diaphragmatic hernia	365	19	1.4 (0.8–2.2)	1.3 (0.8–2.2)
Gastroschisis	485	62	3.6 (2.7–4.9)	1.3 (0.9–1.8)

Data from the National Birth Defects Prevention Study, 1997–2003.

<sup>a</sup>Infants born to women with preexisting diabetes type 1 or type 2 were excluded.

<sup>b</sup>Adjusted for maternal factors: age at delivery, race or ethnicity, level of education, cigarette smoking, binge drinking, prepregnancy BMI, and periconceptual folic acid use.

<sup>c</sup>Only male control infants included (n = 2452; 4.1% exposed).

ASD indicates atrial septal defect; VSD, ventricular septal defect.

ORIGINAL ARTICLE

## Maternal Periconceptual Illicit Drug Use and the Risk of Congenital Malformations

Marleen M. H. J. van Gelder,<sup>a,b</sup> Jennita Reefhuis,<sup>a</sup> Alissa R. Caton,<sup>c</sup> Martha M. Werler,<sup>d</sup> Charlotte M. Druschel,<sup>c</sup> Nel Roeleveld,<sup>b</sup> and the National Birth Defects Prevention Study

# Resultados Obstétricos: Cocaína

## RESEARCH

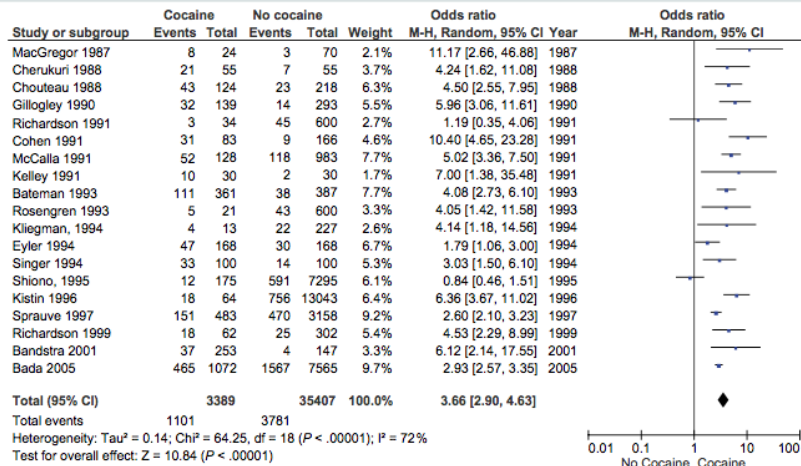
### OBSTETRICS

#### Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses

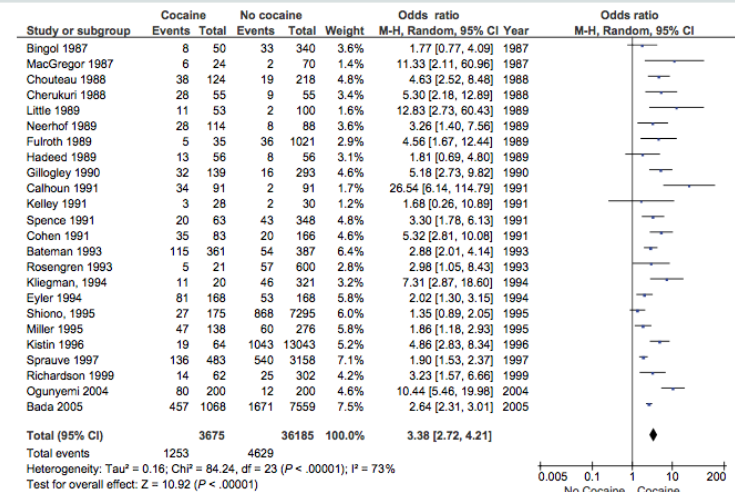
Katy Gouin, MD, FRCSC; Kellie Murphy, MD, FRCSC; Prakesh S. Shah, MRCPC(H), FRCPC; and the Knowledge Synthesis group on Determinants of Low Birth Weight and Preterm Births

- Nacimiento prematuro ( [OR] 3.38, IC 95% 2.72-4.21)
- Bajo peso al nacer (OR 3.66, IC 95% 2.90-4.63)
- Pequeño para edad gestacional (OR 3.23, IC 95% 2.43-4.33)
- Edad gestacional menor al momento del parto (-1,47 semanas, IC del 95%: -1,97 a -0,98)
- Reducción del peso al nacer (-492 gramos, IC del 95%: -562 a -421 gramos)

**FIGURE 2**  
Effect of antenatal cocaine exposure on LBW (<2500 g)



Effect of antenatal cocaine exposure on PTB (<37 weeks)



# Resultados Perinatales: Cocaína



CERPO

- MALFORMACION CONGENITA : En el período periconcepcional se asoció con el riesgo de paladar hendido (2.5; 1.1- 5.4)

TABLE 3. ORs and CIs for the Association Between Periconceptual Cocaine Use and Selected Birth Defects

Defect	No. of Cases <sup>a</sup>	No. of Cocaine Exposed	OR (95% CI)	
			Crude	Adjusted
None (controls)	4705	28	Reference	Reference
Anencephaly, craniorachischisis	234	2	1.4 (0.3–6.1)	—
Spina bifida	512	7	2.3 (1.0–5.3)	2.2 (0.9–5.4) <sup>b</sup>
Anotia, microtia	279	3	1.8 (0.5–6.0)	1.8 (0.5–6.2) <sup>c</sup>
Dextrotransposition of the great arteries	328	1	0.5 (0.1–3.8)	—
Tetralogy of Fallot	472	5	1.8 (0.7–4.7)	1.8 (0.7–4.9) <sup>b</sup>
Hypoplastic left heart syndrome	240	0	—	—
Coarctation of aorta	419	1	0.4 (0.1–2.9)	—
Pulmonary valve stenosis	561	3	1.0 (0.3–3.3)	1.2 (0.4–4.1) <sup>d</sup>
Perimembranous VSD	902	9	1.7 (0.8–3.6)	1.4 (0.6–3.2) <sup>b</sup>
ASD secundum	920	8	1.5 (0.7–3.2)	1.1 (0.5–2.5) <sup>b</sup>
ASD not otherwise specified	275	1	0.6 (0.1–4.5)	—
Cleft lip ± cleft palate	1216	8	1.1 (0.5–2.4)	0.9 (0.4–2.1) <sup>b</sup>
Cleft palate	661	9	2.2 (1.1–4.8)	2.5 (1.1–5.4) <sup>e</sup>
Esophageal atresia ± tracheoesophageal fistula	320	3	1.6 (0.5–5.2)	2.0 (0.6–6.7) <sup>f</sup>
Anorectal atresia	456	1	0.4 (0.1–2.7)	—
Hypospadias <sup>g</sup>	907	3	0.6 (0.2–2.1)	0.9 (0.2–3.2) <sup>b</sup>
Transverse limb deficiency	303	2	1.1 (0.3–4.7)	—
Craniosynostosis	505	4	1.3 (0.5–3.8)	1.8 (0.6–5.4) <sup>i</sup>
Diaphragmatic hernia	349	3	1.4 (0.4–4.8)	1.5 (0.4–4.8) <sup>i</sup>
Gastroschisis	432	9	3.6 (1.7–7.6)	1.0 (0.4–2.4) <sup>b</sup>

ORIGINAL ARTICLE

## Maternal Periconceptual Illicit Drug Use and the Risk of Congenital Malformations

Marleen M. H. J. van Gelder,<sup>a,b</sup> Jennita Reefhuis,<sup>a</sup> Alissa R. Caton,<sup>c</sup> Martha M. Werler,<sup>d</sup> Charlotte M. Druschel,<sup>e</sup> Nel Roeleveld,<sup>b</sup> and the National Birth Defects Prevention Study



# Screening

Substance Use Disorder: *Original Research*

## Accuracy of Three Screening Tools for Prenatal Substance Use

Victoria H. Coleman-Cowger, PhD, Emmanuel A. Oga, MD, MPH, Erica N. Peters, PhD, Kathleen E. Trocin, MPH, Bartosz Koszowski, PharmD, PhD, and Katrina Mark, MD

**Table 1. Pregnancy Drug Screening Tools\***

Screening Tool	Questions
NIDA Quick Screen-ASSIST	
Quick Screen <sup>†</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. In the past year, how often have you used the following?               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Five or more alcohol drinks in a day for men or 4 or more alcohol drinks in a day for women</li> <li>b. Tobacco products</li> <li>c. Prescription drugs for nonmedical reasons</li> <li>d. Illegal drugs</li> </ol> </li> </ol>
ASSIST <sup>‡</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. In your lifetime, which of the following substances have you used? (response options of yes or no)</li> <li>2. In the past 3 mo, how often have you used the substances you mentioned? (response options of never, once or twice, monthly, weekly, and daily or almost daily for items 2–5)</li> <li>3. In the past 3 mo, how often have you had a strong desire or urge to use (each substance)?</li> <li>4. (During the past 3 mo, how often has your use of (each substance) led to health, social, legal or financial problems?</li> <li>5. During the past 3 mo, how often have you failed to do what was normally expected of you because of your use of (each substance)?</li> <li>6. Has a friend or relative or anyone else ever expressed concern about your use of (each substance)?</li> <li>7. Have you ever tried to control, cut down or stop using (each substance)?</li> <li>8. Have you ever used any drug by injection?</li> </ol>
SURP-P <sup>§</sup>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Have you ever used marijuana?</li> <li>2. How many alcoholic drinks have you consumed in the month before knowing you were pregnant?</li> <li>3. Do you feel the need to cut down on your alcohol or drug use?</li> </ol>

\* 4P's Plus questionnaire not included because it is covered by copyright; the researchers purchased a license to administer to participants.

<sup>†</sup> Response options for each substance are: never, once or twice, monthly, weekly, and daily or almost daily. For purposes of validation, both the Quick Screen and ASSIST were given to all participants to complete.

<sup>‡</sup> Substances assessed are: tobacco products; alcohol; cannabis; cocaine; amphetamine-type stimulants (ATS); sedatives and sleeping pills (benzodiazepines); hallucinogens; inhalants; opioids; and "other" drugs.

<sup>§</sup> Scoring involves classifying the number of alcoholic drinks consumed in the month before pregnancy as none vs any, and then counting the number of affirmative items. Negative responses for all items yields a low-risk individual, one affirmative response yields a moderate risk individual, and two or three affirmative responses yield a high-risk individual.



ORIGINAL ARTICLE

Substance abuse treatment linked with prenatal visits improves perinatal outcomes: a new standard

NC Goler<sup>1</sup>, MA Armstrong<sup>2</sup>, CJ Taillac<sup>3</sup> and VM Osejo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, The Permanente Medical Group, Northern California Region, Vallejo, CA, USA; <sup>2</sup>Division of Research, Kaiser Permanente Medical Care Program, Oakland, CA, USA and <sup>3</sup>Kaiser Foundation Health Plan, Patient Care Services, Oakland, CA, USA

# Manejo:



CERPO

**Table 4** Adjusted odds ratios for neonatal and maternal outcomes by study group

Outcome	Study group			
	Odds ratios <sup>a</sup> (95% CI)			
	Screened positive, assessed and treated (SAT) (reference)	Screened positive and assessed (SA)	Screened positive only (S)	Controls (screened negative)
Neonatal-assisted ventilation	1.0	1.4 (1.0–2.0)	2.2 (1.1–4.4)	0.8 (0.6–1.0)
Low birth weight <2500 g	1.0	1.2 (0.9–1.6)	1.8 (1.1–3.1)	0.7 (0.6–0.9)
Preterm delivery <37 weeks	1.0	1.2 (0.9–1.5)	2.1 (1.3–3.2)	0.8 (0.7–1.0)
Neonatal intensive care unit admission	1.0	1.0 (0.8–1.2)	1.4 (0.9–2.1)	0.6 (0.6–0.7)
Infant rehospitalization <sup>b</sup>	1.0	0.6 (0.4–1.0)	1.4 (0.6–3.6)	1.2 (0.9–1.6)
Infant emergency department visit <sup>c</sup>	1.0	1.0 (0.8–1.3)	0.9 (0.5–1.7)	0.9 (0.8–1.0)
Placental abruption	1.0	1.3 (0.6–2.6)	6.8 (3.0–15.5)	1.1 (0.7–1.7)
Preterm labor	1.0	1.3 (1.0–1.6)	2.3 (1.5–3.5)	0.8 (0.7–1.0)
Cesarean delivery	1.0	1.1 (0.9–1.3)	0.7 (0.4–1.1)	1.0 (0.9–1.1)
Intrauterine fetal demise	1.0	2.0 (0.7–5.5)	16.2 (6.0–43.8)	1.5 (0.7–3.3)

<sup>a</sup>Estimated from logistic regressions, controlled for maternal age, ethnicity and prenatal care.

<sup>b</sup>Within 30 days of discharge from birth hospitalization.

<sup>c</sup>Within 180 days of discharge from birth hospitalization.

**Uso y abuso de drogas durante el embarazo**

**Illicit drug use and abuse during pregnancy**

**Ruoti Cosp M<sup>1</sup>, Ontano M<sup>1</sup>, Calabrese E<sup>1</sup>, Airaldi L<sup>1</sup>, Gruhn E<sup>1</sup>, Galeano J<sup>1</sup>,  
Espinosa A<sup>2</sup>, Gallo Vallejos M<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Cátedra de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas,  
Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

<sup>2</sup>Instituto de Diagnóstico Ecográfico "Matersur", Bahía Blanca, Argentina

<sup>3</sup>Unidad de Medicina Fetal Hospital Universitario "Carlos Haya" y  
Hospital Internacional Xanit, Málaga, España

# Manejo: Protocolo



## Protocolo General

- a) Considerar el embarazo como de **alto riesgo** y en consecuencia, adoptar un calendario de visitas frecuentes, que permita un perfecto seguimiento de cualquier anomalía que surja durante la gestación.
- b) En la anamnesis, deberemos ir averiguando tiempo de evolución, cantidades consumidas, anteriores síndromes de abstinencia, uso concomitante de otras drogas y fármacos.
- c) Intentar mejorar las condiciones de vida de la paciente, con la ayuda de asistentes sociales
- d) Corregir la malnutrición si se presentara.
- e) Descartar o corregir procesos infecciosos acompañantes: Uretritis gonocócica y/o sífilítica (frecuentes falsos positivos), condilomas acuminados, trichomonas y micosis vaginales.
- f) Investigar HIV, HbsAg, Hepatitis C, etc. así como perfil hepático; hacer inmunoprofilaxis antitetánica sistemática, retinopatías; celulitis, abscesos, tromboflebitis, descartar la presencia de Mielitis Transversa.
- g) Tratar la anemia que con elevada frecuencia ocurre en estas pacientes.
- h) Las amenazas de parto prematuro, deberán ser tratadas con el uso cauteloso de agentes betamiméticos, por trastornos del ritmo cardíaco
  - i) Vigilar la aparición de restricción del crecimiento intrauterino y malformaciones congénitas, mediante ecografías seriadas.
- j) Incluirlas en un programa de educación maternal.
- k) Incluirlas en un programa de terapia de grupo del hospital.
- l) Hospitalización de la paciente siempre que surja una complicación obstétrica, médica, sobredosis; Síndrome de abstinencia, intentos de detoxicación o ajuste del tratamiento de mantenimiento.
- m) Solicitar análisis toxicológico en orina, con determinaciones seriadas
- n) El **carácter multidisciplinario** que debe tener la asistencia a estas pacientes, por la complejidad de problemas médicos, psicológicos y sociales.

**Uso y abuso de drogas durante el embarazo**

**Illicit drug use and abuse during pregnancy**

**Ruoti Cosp M<sup>1</sup>, Ontano M<sup>1</sup>, Calabrese E<sup>1</sup>, Airaldi L<sup>1</sup>, Gruhn E<sup>1</sup>, Galeano J<sup>1</sup>,  
Espinosa A<sup>2</sup>, Gallo Vallejos M<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Cátedra de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas,  
Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

<sup>2</sup>Instituto de Diagnóstico Ecográfico "Matersur", Bahía Blanca, Argentina

<sup>3</sup>Unidad de Medicina Fetal Hospital Universitario "Carlos Haya" y  
Hospital Internacional Xanit, Málaga, España

# Manejo: Protocolo



## **PROTOCOLO DE ASISTENCIA DURANTE EL PARTO**

### **Protocolo General**

Considerar siempre el parto como de alto riesgo obstétrico

Por lo tanto deberá ser asistido según el protocolo establecido en estos casos, es decir en una institución hospitalaria, bajo monitorización materno-fetal biofísica, con apoyo psicológico continuo y con las medidas específicas que cada caso requiera.

Evitar el Síndrome de Abstinencia durante el parto

Es una medida fundamental ya que a los posibles riesgos del feto por el parto se le une el síndrome de abstinencia materno-fetal, el resultado puede ser mortal para el feto. La vía de administración de los fármacos sustitutivos debe ser parenteral.

## **PROTOCOLO DE ASISTENCIA EN EL PUERPERIO**

- a) Debemos considerar ésta **etapa como fundamental para intentar la deshabitación** total de la paciente adicta a la sustancia, motivada por la presencia de su hijo y la responsabilidad que ha contraído.
- b) La lactancia materna debe favorecerse, sobre todo en los casos en que se ha conseguido la deshabitación durante el embarazo y se ha descartado HIV, ya que influirá por su significado en el intento de conseguir la deshabitación total.
- c) Derivación de la paciente a su centro hospitalario o al centro de drogodependencias para continuar o iniciar los programas de terapia destinados a la deshabitación y rehabilitación de éstas pacientes (67).
- d) Durante el puerperio es posible la aparición de un **síndrome de abstinencia materno**, para lo cual recurriremos al tratamiento con benzodiazepinas, hipnóticos y metadona (68).
- e) Atención específica al recién nacido. La pauta indicada se basará en la observación para la detección precoz del síndrome de abstinencia, con determinación en orina de la droga sospechosa; diagnóstico precoz de enfermedades infecciosas de transmisión materno-fetal (hepatitis, SIDA, etc.) y finalmente en la terapéutica específica según el tipo de toxicomanía.

# Manejo: Lactancia



- No hay datos suficientes para evaluar los efectos del uso de marihuana en los lactantes durante la lactancia. En ausencia de dichos datos, se desaconseja el uso en dicho periodo.
- Existe variabilidad en los niveles de cocaína en la leche materna, pudiendo alcanzar altas concentraciones. Se ha informado intoxicación neonatal por lactancia materna por lo que es necesario valorar costo/beneficio en cada caso.



The American College of  
Obstetricians and Gynecologists  
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

**INTERIM UPDATE**

## **ACOG COMMITTEE OPINION**

Number 722 • October 2017

*(Replaces Committee Opinion No. 637, July 2015)*

### **Committee on Obstetric Practice**

*This document reflects emerging clinical and scientific advances as of the date issued and is subject to change. The information should not be construed as dictating an exclusive course of treatment or procedure to be followed.*

**INTERIM UPDATE:** This committee Opinion is updated as highlighted to reflect a limited, focused change in the language and supporting evidence regarding marijuana use and neonatal outcomes.

### **Marijuana Use During Pregnancy and Lactation**

# Manejo: Rol del tratante



- Las áreas clave en las que pueden tener un efecto son:
  - 1) Adherirse a prácticas seguras de prescripción.
  - 2) Fomentar comportamientos saludables al proporcionar información y educación apropiada.
  - 3) Identificar y derivar pacientes que ya abusan de las drogas a profesionales de tratamiento de adicciones
- Los programas de tratamiento de abuso de sustancias integrados con la atención prenatal han demostrado ser eficaces para reducir las complicaciones y los costos del embarazo materno y fetal.



The American College of Obstetricians and Gynecologists  
Women's Health Care Physicians

## COMMITTEE OPINION

Number 473 • January 2011

Committee on Health Care for Underserved Women

*This information should not be construed as dictating an exclusive course of treatment or procedure to be followed.*

**Substance Abuse Reporting and Pregnancy: The Role of the Obstetrician–Gynecologist**



## **Seminario n°131:**

# **Drogas Ilícitas y Embarazo**

Dra. M<sup>a</sup> Francisca Gonzalez, Dr. Daniel  
Martin Navarrete, Dra. Daniela Cisternas  
Olguín, Dr. Juan Guillermo Rodríguez  
Aris