

Embarazo y hábitos tóxicos: repercusiones en el recién nacido.

NAHIKARI SANTANA FRANCO

TUTORA: YAIZA PRIETO CHICO

Grado en Enfermería.

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia.

Sede La Palma. Universidad de La Laguna

Fecha: 04-06-2015.



Universidad
de La Laguna

Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería y Fisioterapia

**AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN
DEL TRABAJO FIN DE GRADO**

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Título del Trabajo Fin de Grado

“Embarazo y hábitos tóxicos: repercusiones en el recién nacido”

Autor/a:

Nahikari Maria Santana Franco

Firma del alumno/a

Tutor/a:

Yaiza Prieto Chico

Vº. Bº del Tutor/a:

La Laguna a (fecha)
04/06/2015

RESUMEN

La drogadicción se define como el consumo habitual de sustancias de efecto nocivo sobre el individuo, con la característica esencial de la necesidad de su uso y la tendencia a aumentar la dosis[10]. Una gran cantidad de mujeres en edad fértil están sujetas a la necesidad de consumir drogas para obtener sensaciones placenteras o eliminar algún tipo de dolor, es decir, lo que se conoce como drogodependencia. Por lo que el conocimiento de los criterios de sospecha es de vital importancia en la atención del recién nacido, ya que la vida media de las drogas está prolongada en el feto. Comparada con el adulto y el recién nacido se manifiesta a través del síndrome de abstinencia neonatal, entre las 24 y 48 horas después del parto, dependiendo del tipo de droga consumida.

Por ello se realizó una revisión de literatura sobre la adicción de hábitos tóxicos durante el embarazo, (alcohol, tabaco, cocaína, opiáceos y cannabis) y sus resultados en el recién nacido.

Se describen, según la literatura pertinente, los efectos adversos de cada una de las drogas consumidas por la gestante durante el embarazo y las distintas repercusiones en la gestación, en el feto, en el recién nacido y a posteriori.

PALABRAS CLAVES: embarazo y drogas, etanol y embarazo, tabaco y embarazo, cocaína y embarazo.

ABSTRACT

Drug addiction is defined as the habitual consumption of substances harmful effect on the individual, the essential characteristic of the need for its use and the tendency to increase the dose. A lot of women of childbearing age are subject to the need to take drugs for pleasurable sensations or eliminate any pain, that is, what is known as addiction. So that knowledge of the criteria of suspicion is of vital importance in the care of the newborn, since the average life of the drug is prolonged fetal compared with adult and newborn dare of neonatal abstinence syndrome manifests between 24 and 48 hours after birth, depending on the type of drug used. Therefore, a review of literature on addiction to harmful habits during pregnancy (alcohol, snuff, cocaine, opiates and cannabis) and perinatal and neonatal outcomes was performed. The adverse effects of each drug consumed by the mother during pregnancy and the various repercussions in the gestation, the fetus, the newborn and subsequently described, according to the relevant literature.

KEY WORDS: pregnancy and drugs, ethanol and pregnancy, cocaine and pregnancy, smoking and pregnancy.

INDICE

1.INTRODUCCIÓN	1
2.METODOLOGÍA	3
3.DISCUSIÓN Y RESULTADOS.....	4
3.1.TABACO	6
3.2.ALCOHOL.....	11
3.3.MARIHUANA.....	13
3.4.COCAÍNA.....	15
3.5.OPIÁCEOS.....	17
4.CONCLUSIÓN	19
5.BIBLIOGRAFÍA.....	20

1.INTRODUCCIÓN

Existen una gran cantidad de estudios que se han propuesto estudiar las repercusiones del consumo de las diferentes drogas durante el embarazo para el feto o neonato e incluso en el desarrollo del niño. Se han seleccionado una serie de drogas, las consideradas como más significativas o de más frecuente uso, como pueden ser: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y opiáceos.

Las drogas son aquellas sustancias cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que dan como resultado un trastorno en la función del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona. [20]

A la hora de realizar los análisis de las distintas drogas y sus efectos adversos, hay que tener en cuenta las diversas complicaciones de partida, para tener una mayor exactitud en los resultados. La primera de las dificultades es fijar los efectos adversos de cada droga, dado que entre muchas de las gestantes consumidoras de estas se da repetidamente el fenómeno de policonsumo o poliadicción, de modo que las repercusiones pueden producirse por el conjunto de sustancias consumidas, por lo que es muy difícil separar el efecto de cada una de estas sustancias.

Por otro lado, también debemos tener en cuenta que las mujeres embarazadas con problemas de adicción suelen ir cogidas de la mano con otro inconveniente socio-sanitario, por lo que pueden sobreponerse con los específicamente debidos al consumo de drogas.

El tercer y último inconveniente que vamos a nombrar en esta revisión es el que proviene de los límites de la información conseguida sobre la base de entrevistas directas a las embarazadas, y su declaración voluntaria sobre los niveles de consumo de drogas, si los hubiera. Es muy común que en estos casos se produzca un importante ocultamiento, muchas veces voluntario, y en otros casos debido a una falta de conocimientos sobre la calificación de los propios comportamientos.

Hasta hace algunos años, las drogas legales, como el tabaco o el alcohol no eran vistas por la sociedad como una sustancia tóxica, por lo que quedaban excluidas de una auto declaración a propósito del consumo de drogas.

Actualmente, existen numerosas campañas contra el tabaco y se percibe más en esta dimensión, mientras que el alcohol – si no es en niveles altos de consumo-, todavía queda despreciado de esta calificación.

Debido a la ocultación, de manera consciente o inconsciente, los estudios buscan señales objetivas del consumo, con independencia de las afirmaciones obtenidas. Uno de esos indicadores es el análisis del meconio en el neonato.

Las sustancias de las que hablaremos a lo largo del documento pueden clasificarse, según su carácter legal o ilegal [2]. El alcohol y el tabaco las consideramos del primer grupo, mientras que en el segundo grupo nos encontraremos la cocaína, los opiáceos y el cannabis.

El uso o abuso de drogas es un problema de evidentes consecuencias sanitarias. Lo es en general y con más motivo durante el embarazo, ya que este comportamiento puede conllevar ciertos efectos para el feto y/o neonato. [2]

A continuación hablaremos de las diferentes repercusiones de cada droga durante el embarazo, en el feto y/o recién nacido y en el desarrollo de éste.

2.METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre la relación que existe entre el consumo de hábitos tóxicos durante el embarazo y sus efectos en el bebé, por lo que se realizó una extensa revisión de la literatura publicada hasta la actualidad.

Para poder realizar esta búsqueda se tuvieron que utilizar las palabras claves tanto en inglés como en español en las siguientes bases de datos: *Google académico, Pubmed, Punto Q, Scielo, Elsevier*.

Se seleccionaron numerosos artículos, muchos de ellos publicados en inglés y en español, de los cuales solo se incluyeron en la revisión 20 estudios. Solo fueron aceptados aquellos artículos que trataran de manera clara los efectos negativos en el recién nacido de los diferentes hábitos tóxicos, por lo que tras ser leídos en profundidad por segunda vez se descartaron bastantes artículos.

3.DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Uno de los mayores problemas actuales de salud pública es el uso abusivo de drogas, problema que afecta no solo al usuario sino también a los que conviven con él.

El embarazo en mujeres consumidoras de drogas es considerado un embarazo de alto riesgo, necesitando una evolución del consumo y los problemas psicológicos subyacentes o secundarios al embarazo.

Durante la revisión existen numerosos estudios que tienen el problema de no poder separar los efectos adversos de cada droga ya que muchas de las mujeres adictas suelen ser politoxicómanas, por lo que se encuentran en una situación de poliadicción.

Muchos estudios mencionan al síndrome de abstinencia [1,10] como la principal manifestación en el recién nacido de la utilización de drogas durante el embarazo, por lo que el conocimiento de los criterios de sospecha es de vital importancia en la atención al recién nacido. Este efecto adverso aparece generalmente a las 24-48 horas después del parto.

En comparación con el adulto, la vida media de las drogas en el feto tiene un periodo más prolongado. La mayoría se unen a receptores del SNC, o afectan a la liberación y/o recaptación de neurotransmisores, por lo que pudieran tener un efecto trófico duradero sobre el cerebro en desarrollo. Cuando la gestante deja de recibir la droga o en el momento del parto, cuando cesa el suministro materno de la sustancia al neonato, éste puede desarrollar el síndrome de abstinencia. Las manifestaciones clínicas dependerán de la sustancias consumidas, y los síntomas se presentarán de forma precoz o tardía.

El síndrome de abstinencia depende de: tipo de droga consumida, intervalo de tiempo transcurrido entre la última dosis consumida y el parto, y semivida de eliminación de la droga.

Existen dificultades para identificar al recién nacido expuesto a drogas intraútero, por lo que se debe sospechar de:

- Historia psicosocial materna que sugiera relación con drogas.
 - Madres carentes de atención prenatal.
 - Puérperas que desean abandonar el hospital inmediatamente después del parto.
 - Madres con signos de adicción
- Madres que reclaman medicación de forma frecuente y en grandes dosis.

Los signos y síntomas del síndrome de abstinencia son:

- Hiperexcitabilidad del sistema nervioso central, caracterizada por irritabilidad, temblores, hiperactividad, hipertonía, llanto agudo, mioclonías y convulsiones.
- Alteraciones digestivas como regurgitaciones, vómitos, diarreas y voracidad.
- Alteraciones vegetativas como sudoraciones, hipersecreción de mucosas, fiebre, erupciones cutáneas.
- Alteraciones cardiorrespiratorias, como taquipnea, congestión nasal, taquicardia.

A continuación separaremos los efectos adversos específicos encontrados de cada droga:

3.1.Tabaco

La asociación del tabaco con el embarazo es perjudicial tanto para la madre como para el concebido, y si ésta sobrevive a los males causados por el cigarrillo, carga consigo las consecuencias de una gestación unida al hábito de fumar.

Además de todos los problemas causados durante la gestación, el tabaco continúa mostrando sus efectos negativos después del nacimiento. Una vez que sus componentes se muestran presentes incluso en la leche materna.

La mayoría de los estudios avalan que, la evolución del tabaquismo se sitúa en un consumo de 10 cigarrillos al día. Aunque un consumo menor a esta cifra puede que no facilite datos significativos. No hay que descartar la posibilidad de efectos adversos, pero para consumos superiores a esta cifra, los datos ya son estadísticamente significativos.

3.1.1.Efecto del tabaquismo en la embarazada

El tabaco tiene incontables efectos negativos sobre el organismo humano, esos efectos pueden ser aún peores cuando se asocian al embarazo.

En varios estudios mencionan que este hábito, durante la gestación tiene como consecuencia el mayor número de abortos espontáneos, ya que los productos tóxicos del cigarrillo acarrearán el deterioro del lecho vascular y alteraciones circulatorias, lo que atentan con la oxigenación y alimentación del feto intraútero [1,5]. Las causas más probables para el aumento de abortos espontáneos pueden ser malfunción o malformación de la placenta, o alteraciones en la oxigenación o flujo de sangre uterino y placentario [1].

La ruptura prematura de membranas tiene relación con una mayor frecuencia de sustancias contenidas con el cigarrillo, principalmente la nicotina, que atraviesa fácilmente las barreras placentarias. Esto explica los casos de polidramnio[1], pues como el líquido amniótico está contaminado, habrá una producción aumentada de este para suplir las necesidades fetales. Las elevaciones en la presión arterial y en la frecuencia cardíaca están asociadas a la liberación de catecolaminas, sustancias vasoconstrictoras.

El cigarrillo puede provocar inhibición del apetito materno, habiendo, con eso una reducción en la ingesta de nutrientes. Consecuente con la reducción del peso materno, está la reducción del peso fetal.

3.1.2.Efecto del tabaquismo en la placenta

La placenta es un órgano que se forma solamente durante el embarazo, y que tiene la función de retirar el oxígeno y las nutrientes de la sangre materna, transfiriéndolos al sistema circulatorio del feto. Además de eso, transfiere las toxinas resultantes del metabolismo fetal a la corriente sanguínea materna, de donde son eliminados por los riñones o por el hígado.

Aunque existe alguna discrepancia, se cree que el índice placentario (peso de la placenta/peso del feto) sea mayor en fumadores, como un mecanismo compensatorio, dado que el tabaco ocasiona hipoxia crónica al feto. Esa hipoxia fetal causa retardo en la multiplicación celular y, consecuentemente, muerte fetal.

Se sabe que la nicotina atraviesa fácilmente las barreras placentarias. Cuando esto acontece, ocurre una elevación sanguínea, ritmo cardíaco e índice respiratorio fetal, provocada por una reducción de los movimientos del tórax. La placenta de la fumadora puede tener una aceleración de su madurez a consecuencia de la elevada calcificación y deposición subcoriónica de fibrina.

En relación a la placenta previa, se afirma que el tabaco aceleraría el desarrollo de lesiones escleróticas en la media de las pequeñas arterias y arteriolas uterinas, provocando una reducción del flujo sanguíneo en muchas áreas del endometrio.

El hábito de fumar puede provocar una deficiencia en la absorción de la vitamina B12, una vez que el ácido cianhídrico, contenido en el cigarrillo, reduce los niveles de esta. La deficiencia de vitamina B12 esta asociada al parto prematuro, reducción en la eritropoyesis y leucopoyesis, llevando a la anemia, alteraciones en el sistema nervioso y prejuicios en el crecimiento fetal. Se cree que ocurra una menor retención de agua en el organismo materno, haciendo que madre y feto estén más sujetos a la deshidratación.

La exposición al humo del tabaco también afecta a la función inmunológica de la unidad feto-placentaria lo que provoca alteración en el sistema antioxidante, en la proliferación y diferenciación de trofoblastos y en la función inmune local de la placenta.

3.1.3.Efectos del tabaquismo en el feto y recién nacido

Múltiples informes confirman que el hijo de madre fumadora posee mayor riesgo de padecer toda una serie de morbilidades. De las que destacan:

De entre los diversos efectos que el tabaco tiene sobre el desarrollo del feto se encuentra el bajo índice de Apgar. Numerosos estudios están de acuerdo con esta teoría. A lo largo de mi revisión bibliográfica no he hallado ningún artículo que desmienta esta información.

Bajo peso al nacer[1,2,4,5,9,15]. El riesgo de fumar en el embarazo relacionado con el bajo peso al nacer es de dos veces y media mayor en las mujeres que refieren haber fumado durante el embarazo.

En lo referido al peso fetal, probablemente sea este el dato sobre el que hay mayor acuerdo entre los investigadores. Muchos de los estudios revisados confirman que el tabaco de cigarrillos lleva una reducción media al nacer relacionada con el bajo peso de aproximadamente unos 200 gramos. De este modo, cuanto mayor sea el número de cigarrillos fumados por la madre, menor es el peso del feto y las complicaciones serán mayores cuando el hábito no sea abandonado durante la gestación.

Otro aspecto importante es que el resultado de que el riesgo es significativo en las madres que fumaron durante el embarazo y no en las que lo hicieron solo antes. Los niños nacidos con bajo peso tienen mayor riesgo de nacer deprimidos y de tener una evolución desfavorable, que resultaría un mayor riesgo de morir. Además también afecta al desarrollo del perímetro cefálico, torácico, a la circunferencia escapular y a la estatura. De esta última implica en torno a 1,2 cm a 1,3 cm en fetos de madres de fumadoras[1,2,10,15,16] .

También existe alguna probabilidad de que uno de los efectos por el hábito tabáquico sea el incremento del parto prematuro[1,2,4,10,15,16] que guarda relación íntima con la mortalidad perinatal, ocurrida entre la 28ª semana de gestación y el 28 día de vida.

En relación con las malformaciones, algunos estudios atribuyen al cigarrillo la hendidura palatina, y malformaciones faciales, urogenitales, cardiovasculares y del sistema nervioso central y deficiencia auditiva y visual [1,5]. Como también existe una posible asociación entre el hábito de fumar durante el embarazo y la craneosinostosis, así como la posible asociación con los defectos orofaciales, gastroquisis, anomalías cardíacas y del tracto urinario[2].

La hipótesis más aceptada en relación con el tabaquismo en embarazadas y los efectos en el feto es la hipoxia intrauterina. Esto a veces es el resultado de factores asociados al tabaco, como son un elevado nivel de monóxido de carbono en la sangre, reducción del flujo sanguíneo, o inhibición de enzimas respiratorias.

Datos de los diferentes estudios de función pulmonar [1,3,9] en recién nacidos, muestran una clara disminución en aquellos niños expuestos a tabaquismo materno en comparación con aquellos niños no expuestos. Esta disminución de la función pulmonar es proporcional a la dosis de tabaco a la que estuvieron expuestos durante el embarazo, y para ser precoz en la gestación, puesto que afecta increíblemente niños de término y prematuros.

El efecto de la nicotina y otros tóxicos disminuye el flujo placentario y el aporte de oxígeno, todos los factores que van a determinar un retardo de crecimiento pulmonar provocan cambios estructurales e inflamatorios en la vía aérea.

La disminución de la función pulmonar en el recién nacido no es un hallazgo de laboratorio solamente. La evidencia es contundente respecto del riesgo que existe en la aparición de sibilancias recurrentes y asma durante los primeros años.

Si el feto sobrevivió a los males del cigarrillo, aún así no está libre de riesgos, pues las consecuencias del tabaco durante el embarazo pueden acompañarlo hasta la edad adulta. Las visitas al hospital son, normalmente, más frecuentes en esos niños en virtud de bronquitis, neumonía, asma y enfermedades respiratorias en general.

La exposición al humo de tabaco también hace lo propio en la función inmune neonatal alterando los niveles de IgE en sangre del cordón. Una alta prevalencia de tabaquismo se mantiene incluso con los informes teratogénicos del tabaco en el cerebro del feto en desarrollo, que manifiestan tanto signos neurológicos neonatales como anormales, comportamiento anormal en la infancia, y el desarrollo cognitivo deteriorado. Por lo que se relaciona también con un retardo del aprendizaje y en la coordinación motora. [1,15].

3.2.Alcohol

Como se ha dicho , el consumo de alcohol a veces no se asocia o no se ve como consumo de drogas, dado el carácter “social” de ese consumo y su incidencia en la población.

Hoy en día existen pocas dudas sobre los efectos perjudiciales del consumo de alcohol a altas dosis durante el embarazo. Sin embargo, si que existe controversia respecto a los efectos del consumo bajo o moderado de alcohol.

Algunos estudios no hallan significación estadística en la posible correlación entre el consumo “moderado” y riesgo de defectos congénitos.

El etanol no solo afecta al recién nacido, también la gestante puede tener diferentes complicaciones obstétricas[5] como son: mayor riesgo de las infecciones, desprendimiento de la placenta y una mayor incidencia en la aparición de meconio en el líquido amniótico

La paciente debe ser consciente de que el etanol atraviesa libremente la placenta, y que el feto está expuesto a los mismos niveles de alcohol que la madre.

Todos los estudios analizados están de acuerdo en que existen un amplio espectro de respuestas fenotípicas fetal a los efectos del alcohol. En el extremo más grave se encuentra aquellos niños que presentan el conjunto de anomalías que se denominan como síndrome de alcoholismo fetal (SAF)[2,4,5,7].

Las anomalías que se asocian más típicamente con la teratogenicidad del alcohol se agrupan en cuatro categorías:

- Alteraciones del sistema nervioso central y disfunciones.

- Retardo del crecimiento.

- Grupo de anomalías faciales

- Otras malformaciones mayores y menores.

Reconocidos estudios han establecido para el conjunto de la población mundial que el SAF tiene una incidencias de 0,97 casos por 1000 nacidos vivos, cifra que se eleva al 4,3% para la descendencia de embarazadas con nivel alto de consumo de alcohol.

En esta revisión existe unanimidad a la hora de relacionar el alcohol con las diferentes alteraciones neurológicas. El daño producido por el etanol sobre las neuronas se produce en todo el embarazo, no solo durante el primer trimestre, siendo esta la primera causa de retardo mental 100% prevenible. En estos estudios nombran las diferentes alteraciones neurológicas: retraso psicomotor, malformaciones cerebrales, microcefalia, entre otras.

Entre otros efectos nocivos durante el embarazo se encuentra el riesgo de aborto[5] pues a través de diferentes demostraciones se plantea que las mujeres que consumen alcohol tienden más al aborto (30 ml de alcohol dos veces a la semana), por lo que también se encuentra un mayor índice de mortinatos en los estudios revisados.

Diferentes estudios, han señalado el peso del nacimiento[2,5,7,15] como indicador del retardo de crecimiento intrauterino. Se ha observado que esta variable disminuye a medida que incrementa la exposición prenatal al alcohol y que la ingesta de tan sólo una bebida a la semana aumentaba de manera significativa, el bajo peso, aunque no existe unanimidad en los distintos análisis para saber que cantidad de alcohol consumida reduce el peso del recién nacido. Lo que si ha sido comprobado es que una cantidad mínima del etanol ingerida reduce de 50 a 200 gramos el peso del bebe.

También se ha estudiado que la relación que existe entre el alcohol y la prematuridad[5,15] es menos fuerte que la asociación entre el etanol y el retraso del crecimiento intrauterino. Por lo que se confirma que el bajo consumo durante el embarazo se asoció con un menor riesgo de parto prematuro.

Durante esta revisión numerosos estudios están de acuerdo con que muchos de los recién nacidos vinculados con el alcohol durante la gestación presentan una dismorfia facial característica como ; fisura palpebral pequeña, labio superior y filtro liso entre otros. Al igual que también relatan la coincidencia entre el etanol y los defectos cardíacos en el neonato.

3.3.Marihuana

La marihuana es una droga preparada de la planta Cannabis sativa y es la sustancia psicoactiva ilícita mas consumida entre la población joven. Dicha droga contiene más de 400 químicos, cuyo principal componente psicoactivo el tetrahidrocannabinol, es absorbido y rápidamente distribuido en el cerebro, acumulándose en los lípidos del cerebro fetal y tejido adiposo, además se une extensamente a proteínas plasmáticas.

En usuarias crónicas su vida media puede ser tan larga como 4 días debido a su afinidad por el tejido adiposo, siendo detectable después de un mes de uso y al cabo de un período prolongado de uso es excretado en orina y deposiciones.

El consumo de marihuana durante el embarazo es raramente detenido y siempre se asocia al abuso de otras sustancias como el tabaco, cocaína y alcohol, por ello los es difícil identificar los efectos del cannabis en el feto.

Después de realizar la búsqueda, se ve que no hay unanimidad en los posibles efectos del consumo de cannabis durante el embarazo. Aunque si algo está verdaderamente comprobado es que el THC, principal agente activo del cannabis, cruza la placenta[1,18] y afecta de manera directa al feto.

Por otro lado si que podemos ver que hay bastantes estudios que han demostrado que los bebes cuyas madres usaron marihuana durante el embarazo, tienen alteraciones neurológicas a corto plazo[18,19]. Por ello muchos dichos recién nacidos muestran respuestas alteradas a los estímulos visuales, aumento de temblores y un llanto agudo, que la mayoría de las veces indican problemas con el desarrollo neurológico.

También la mayoría de los estudios revisados están de acuerdo que el consumo del cannabis durante la gestación produce alteraciones neurológicas a largo plazo[4,18,19] que se relaciona con la maduración cerebral en el embarazo, ya que en ocasiones produce una disminución de habilidades de resolución de problemas, alteraciones en la memoria y en los procesos atencionales.

Haciendo referencia a los nacimientos prematuros[2,18,19], no existe un acuerdo en la revisión que he llevado a cabo. Mientras unos estudios han relevado mayor riesgo de partos prematuros con las consecuencias ligadas a estos hechos en relación del

desarrollo neurológico, otros por el contrario como un estudio prospectivo de AVON siguió 1200 embarazadas y niega la asociación de partos prematuros con el consumo de la marihuana durante el embarazo.

También existe discrepancia a la hora de la afectación de dicho consumo en el retardo del crecimiento intrauterino del feto[2,19], ya que no se ha llegado a un acuerdo de que si realmente hay relación o no.

Igualmente hacer referencia que algunos estudios encuentran relación entre dicho hábito tóxico durante el embarazo y la gastroquiasis[2,18] en los recién nacidos.

3.4.Cocaína

La cocaína es derivada de un arbusto llamado *Erythroxylum coca*. Su principio activo, la benzoil-metil-ecgónica, fue descubierto en 1860, empleándose como anestésico local y vasoconstrictor en cirugía ORL.

Comenzó a utilizarse en la década de 1960 en los EEUU y en menos de 20 años pudieron conocerse sus terribles efectos, considerándose actualmente como una de las drogas más mortíferas y esclavizantes, independientemente de la vía de administración.

La cocaína está clasificada dentro del grupo de los psicoestimulantes, conjuntamente con las anfetaminas y las metilxantinas.

Esta sustancia atraviesa la placenta y alcanza niveles elevados en sangre y tejidos fetales, y puede ejercer su efecto vasoconstrictor en diferentes territorios vasculares.

En relación con la prematuridad[4,8,15] suficientes estudios demuestran que hay relación en el consumo de esta droga durante el embarazo. Al igual que han demostrado que existe un retraso del crecimiento intrauterino[8,11,15] en los bebés de madres toxicómanas. Los recién nacidos expuestos a la cocaína son relativamente más jóvenes, pesan menos, tienen una menor estatura y un perímetro cefálico menor que los bebés no expuestos. A su vez, al relacionar estas dos variables se llega a un acuerdo y es que existe un mayor incremento de los partos distócicos por cesárea.

Una de las teorías más consensuadas se basan en la observación de anomalías congénitas[2,4,8,11]. La cocaína es la causante de dichas irregularidades, que son causadas durante el primer trimestre del embarazo. Entre las malformaciones más comunes por este hábito tóxico encontramos las genitourinarias y las digestivas.

La cocaína también induce lesiones fetales y existen casos de insuficiencia vascular, ya que hemos observado en este análisis casos de infarto intestinal e infarto de extremidades.

También se ha demostrado que en lo referente a las manifestaciones neurológicas, los signos del sistema nervioso central y autónomo[8,11,13,15] los bebés expuestos a dicha sustancia son más propensos a desarrollarlas. En cuanto a los síntomas nervioso central y autonómicos son más propensos los grupos expuestos (nerviosos, temblores, irritabilidad, hipervigilancia e inestabilidad autonómica).

En la actualidad, se ha demostrado que la cocaína afecta al desarrollo del lenguaje a largo plazo[11,15]. existen estudios que afirman que esta droga afecta a la función auditiva[13] y por el contrario encontramos otros artículos que lo niegan[11].

Para concluir los estudios son unánimes en cuanto a posibilidades que existen de que estos niños presenten infecciones[8,11] incluyendo hepatitis C, sífilis, virus de la inmunodeficiencia humana.

3.5.Opiáceos

Los opiáceos son alcaloides derivados del opio, el cual se extrae de la planta *Papaver somniferum* (amapola o adormidera), cultivada fundamentalmente en países asiáticos.

La mayor parte de los opiáceos tienen un uso difundido como medicamentos, para analgesia y sedación (morfina, meperidina, propoxifeno, fentanilo), como antitusígenos (codeína, dextrometorfano), antídoto (naloxona) y tratamiento de deshabituación para la dependencia a opiáceos (metadona, buprenorfina) y a alcohol etílico (naltrexona). Algunos son utilizados con fines de abuso en forma exclusiva, como la heroína, siendo raro su uso en nuestro medio.

En nuestro país el abuso y/o dependencia aparece en general en aquella persona que tiene acceso a los opiáceos, en primer término por indicación médica a él mismo o a un familiar, o bien en el personal de la salud. En general el abuso se inicia luego de un tratamiento, pasando luego la automedicación o al reclamo de dosis crecientes. La tolerancia a los efectos se adquiere en forma muy rápida.

Las mujeres durante la gestación pueden presentar intoxicaciones aguda o sobredosis, que puede determinar de depresión respiratoria y coma, esto va a depender del opioide, que también puede ser acompañada por arritmias y/o convulsiones. La sustancia atraviesa la placenta pudiendo ocasionar intoxicación fetal, con el consiguiente riesgo de vida para el binomio madre-hijo.

Durante la revisión los diferentes análisis afirma que el estrés ocasionado por la abstinencia materna durante el parto tiene un impacto negativo en la salud fetal, habiéndose encontrado niveles elevado de adrenalina en líquido amniótico[21]. En este caso el feto puede presentar fluctuaciones cíclicas de intoxicación y abstinencia [21]. También se reafirman que el recién nacido puede presentar el síndrome de abstinencia [4,10,21] que aparecen en las primeras 24 horas de su nacimiento mediante los siguientes signos: irritabilidad, temblor, diarrea, deshidratación y llanto continuo. En los peores casos se han observado convulsiones y alteración de la temperatura corporal.

Diferentes estudios presentaron una elevada prevalencia de partos prematuros, pequeños para la edad gestacional[15,17,21], y enfermedades infecciosas transmisibles (infección por VIH, hepatitis a virus C) en mujeres embarazadas con dependencia a heroína intravenosa y metadona.

La restricción del crecimiento intrauterino y la muerte súbita del lactante también se han reconocido como complicaciones obstétricas[2,4,21] por el abuso de opiáceos.

4.CONCLUSIÓN

El desenlace general sobre los efectos negativos del abuso de drogas durante la gestación se presenta de forma clara, pese a las restricciones que se observan en los estudios vigentes. Estas limitaciones hacen referencia básicamente a tres situaciones:

- El inconveniente de aislar los efectos específicos de cada droga, dado el frecuente conjunto.
- La dificultad de la información recabada de cada droga, dada el apego a la ocultación del consumo de drogas.
- El solapamiento de la conducta del abuso de drogas con otros problemas socio-sanitarios, de modo que también sea difícil distinguir el efecto específico de cada factor.

Puede concluirse que la drogadicción en general, comporta un mayor riesgo de desenlace anómalo del embarazo, que incluye un incremento del riesgo de malformaciones congénitas y de la morbilidad del neonato, así como posibles limitaciones a largo plazo en la capacidad de aprendizaje y en el comportamiento de los niños expuestos intraútero. Por lo tanto, todo embarazo en el que se detecte un hábito tóxico se ha de considerar de mayor riesgo. Esto es interesante para el trabajo del médico y la enfermera de familia, ya que si logran educar a las gestantes y hacer que dejen el hábito tóxico cuando conozcan que están embarazadas o incluso antes, lo que implicaría la adopción de medidas profilácticas de información y concienciación de las mujeres en edad fértil.

5.BIBLIOGRAFÍA.

1. Gondim K, Silva G, Macêdo K. Repercusiones del tabaquismo en la gestación: una revisión bibliográfica.Enferm Global.[periódico online] 2006 [acceso: 2008 janeiro 25];(8) .
2. Aguilera C, Ribas A. Drogas y embarazo. Eur J Public Health 2001;11:329-333.
3. Bertrand P. Efectos clínicos de la exposición directa e indirecta a tabaco en los niños. NEUMOLOGIA PEDIATRICA 2011:8.
4. García Serra J, Vall Combelles O, Fríguls Francitorra B, García Algar Ó. Exposición fetal a drogas de abuso durante el embarazo en la isla de Eivissa. 2013.
5. Cedeño Donet M, Rodríguez Betancourt M, Peraza Morelles D, Peraza Morelles R. Hábitos tóxicos y embarazo: resultados perinatales. Arch.méd.Camaguey 2006;10(5).
6. Magri R, Míguez H, Parodi V, Hutson J, Suárez H, Menéndez A, et al. Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. Archivos de Pediatría del Uruguay 2007;78(2):122-132.
7. Bolumar F, Ferrer L, Rebagliato M, Pérez-Hoyos S, Pérez Aytés A, Monleón J. Efecto del consumo moderado de alcohol durante el embarazo sobre el peso del recién nacido. Med Clin 1994;102:765-768
8. Lugones Botell M, López JI. Cocaína: complicaciones obstétricas, médicas y perinatales. Características clínicas y tratamiento a estas pacientes. Revista Cubana de Medicina General Integral 2005;21(3-4):0-0.
9. Carabaloso Hernández M. Bajo peso al nacer y tabaquismo. Revista Cubana de Salud Pública 1999;25:64-69.

10. Barrero Virguetti MH, Escalera Solis C. Síndrome de abstinencia neonatal. Revista médica (Cochabamba) 2008;19:54.

11. Bauer CR, Langer JC, Shankaran S, Bada HS, Lester B, Wright LL, et al. Acute neonatal effects of cocaine exposure during pregnancy. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159(9):824-834.

12. Bateman DA, Chiriboga CA. Dose-response effect of cocaine on newborn head circumference. Pediatrics 2000 Sep;106(3):E33

13. Bandstra ES, Morrow CE, Mansoor E, Accornero VH. Prenatal drug exposure: infant and toddler outcomes. Journal of Addictive Diseases 2010;29(2):245-258.

14. Bauer CR, Langer JC, Shankaran S, Bada HS, Lester B, Wright LL, et al. Acute neonatal effects of cocaine exposure during pregnancy. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159(9):824-834.

15. Bada HS, Das A, Bauer CR, Shankaran S, Lester BM, Gard CC, et al. Low birth weight and preterm births: etiologic fraction attributable to prenatal drug exposure. Journal of Perinatology 2005;25(10):631-637

16. Kallen K. The impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome. Eur J Public Health 2001 Sep;11(3):329-333

17. Pichini S, Puig C, Zuccaro P, Marchei E, Pellegrini M, Murillo J, et al. Assessment of exposure to opiates and cocaine during pregnancy in a Mediterranean city: preliminary results of the "Meconium Project". Forensic Sci Int 2005;153(1):59-65.

18. Alba EM, María D. La joven embarazada y el consumo de marihuana en la.

19. Fuentes D, Finschi D, de la Barra D, Iglesias J. MARIHUANA, EMBARAZO Y LACTANCIA.

20. Gardeta MM, Alicante ECU. ESTUDIO DESCRIPTIVO TRANSVERSAL DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA EN UN CCD DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA

21. Pascale A, Toxicólogo M. CONSUMO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO.