



Uso de sustancias adictivas durante el embarazo

Mónica Flores-Ramos*

* Coordinadora de Psiquiatría, Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes".

El consumo de sustancias adictivas representa un problema nacional de salud pública. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de los años 2002,¹ 2008² y 2011,³ la prevalencia en el consumo de cualquier droga en la población mexicana de 12 a 65 años fue de 1.3, 1.6 y 1.8%, respectivamente. La preferencia por determinadas sustancias adictivas muestra variaciones de acuerdo con el sexo, la edad y el tipo de población estudiada. Entre las mujeres de la población urbana, se observa que las drogas de preferencia son la marihuana (con una prevalencia del 0.3%) y la cocaína (con una prevalencia del 0.1%); el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico muestra una tendencia similar a la de la cocaína. También se ha observado que entre las mujeres, el consumo más frecuente se da entre los 12 y 25 años de edad. Al considerar solamente a las adolescentes (mujeres entre los 12 y 17 años), se observa que el consumo de marihuana se mantuvo estable desde 2008 a 2011, con una prevalencia de 0.6%; mientras que el consumo de cocaína se incrementó de 0.2 a 0.4% en el mismo periodo de tiempo. La siguiente droga en preferencia para las mujeres adolescentes son los inhalables. Por otro lado, la Encuesta de Estudiantes 2006 refleja que existe una alta comorbilidad entre el consumo de drogas y otras conductas problemáticas o de riesgo, como el tener relaciones sexuales sin protección, que es dos veces más frecuente entre las consumidoras de sustancias (6.8%) que entre las no consumidoras (2.3%), incrementando la posibilidad de un embarazo no planeado, no deseado y de alto riesgo.⁴ Los datos anteriores reflejan la problemática existente en la población femenina respecto al consumo de sustancias adictivas, que implica la exposición del producto a la sustancia durante el embarazo y a través de la lactancia.

La exposición a sustancias adictivas durante el embarazo conduce a riesgos derivados del consumo en sí, y derivados de conductas relacionadas con el consumo de la sustancia, como una mala alimentación, un pobre control prenatal y una alta posibilidad de contagio de enfermedades virales como la hepatitis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).⁵ Los efectos directos del consumo de sustancias adictivas dependerán del tipo de droga utilizada; sin embargo, es importante mencionar que muchas de las usuarias de drogas no consumen una sustancia única, lo que dificulta conocer directamente el efecto de una droga sobre el neonato. En el trabajo de Arroyo y colaboradores, que presentamos en el presente número, se observa que el 38.9% de las mujeres evaluadas consumían dos o más drogas, lo que corrobora la hipótesis de que las usuarias de polisustancias continuarán con este patrón de consumo durante el embarazo.

El consumo de cocaína se ha relacionado con disminución de peso, talla y perímetro cefálico al nacimiento, malformaciones cardíacas y de maduración pulmonar en el feto, así como desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y parto pretérmino como principales complicaciones obstétricas.⁶ Así mismo, se han observado alteraciones neuroconductuales en hijos de madres consumidoras de cocaína. Los efectos del consumo de anfetaminas durante el embarazo resultan similares a los del consumo de cocaína, por el mecanismo de acción similar en ambas drogas.

En el caso de la exposición prenatal a cannabinoides, se ha observado asociación con el retraso del crecimiento uterino, déficits de memoria, déficits en habituación a estímulos novedosos, alteración de la interacción de los sistemas hormonales materno y fetal, y se ha sugerido especial vulnerabilidad del hipocampo y la amígdala cuando hay exposición prenatal a cannabis.⁷

Algunos estudios realizados en seres humanos, y otros en animales de laboratorio, muestran que la exposición a disolventes durante el embarazo produce efectos teratogénicos. Se ha reportado un patrón de malformaciones similar al producido en síndrome alcohólico fetal. Las principales alteraciones perinatales asociadas con la exposición a disolventes inhalables durante el embarazo son: muerte fetal, nacimiento prematuro, retraso en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacimiento y malformaciones craneofaciales. De igual manera, se ha observado un retraso en el desarrollo neuroconductual.⁸

En el caso de cualquier sustancia, se puede esperar el síndrome de abstinencia neonatal cuando el consumo se suspendió de manera reciente, que de igual manera, difiere dependiendo de la sustancia consumida y que, en todo caso, tiene manifestaciones conductuales y fisiológicas en el recién nacido. Así mismo, debemos considerar todas las consecuencias psicosociales que conlleva el consumo de sustancias, tanto para la madre como para el recién nacido.

Si bien, no es posible establecer una relación causa-efecto entre el consumo de sustancias adictivas y sus resultados en los recién nacidos, en el trabajo de Arroyo y colaboradores, por el tipo de diseño metodológico, llama la atención la presencia de un caso de infección por hepatitis C, un caso de sífilis neonatal y cuatro casos de malformaciones menores en los pacientes, que concuerdan con lo reportado en la literatura internacional. Así mismo, aun cuando sólo hablamos de reportes anecdóticos, se ha relacionado con consumo de sustancias a las displasias óseas⁹ y la hernia diafragmática congénita,¹⁰ también observadas en estos pacientes. Sin embargo, también es importante resaltar que no se obtuvieron datos de abstinencia en los recién nacidos y que, considerando que se trata de pacientes con consumo de sustancias previo o durante el embarazo, los porcentajes de casos positivos en el seguimiento durante la lactancia son bajos. Esto nos podría llevar a suponer que las mediciones consecutivas de sustancias en la leche materna desestiman el consumo por parte de las madres y permite un desarrollo neurológico normal en un alto porcentaje de hijos de madres consumidoras de sustancias adictivas.

Debido a lo anterior, es importante contar con programas de detección y seguimiento de pacientes con abuso o dependencia a sustancias ilícitas durante el embarazo. Un dato que arroja la Encuesta Nacional

de Adicciones 2011, y que debe llamar la atención de los profesionistas involucrados en la atención a las mujeres, es el hecho que de las mujeres con dependencia a sustancias, solamente el 8.9% ha asistido a tratamiento, de tal manera que se desconoce hacia dónde se dirigen las mujeres para solucionar su problema de consumo de drogas, o en el caso de que no busquen ayuda, cuál es el motivo de esto. En el caso de las mujeres que se embarazan y son usuarias de drogas, se ha observado que ante programas de tratamiento dirigidos específicamente a esta población, se obtienen buenos resultados: el porcentaje de mujeres que abandonan totalmente la sustancia o que disminuyen su consumo es mayor en mujeres embarazadas que en mujeres no embarazadas. Se ha observado que a mayor número de visitas prenatales y mayor contacto con personal capacitado para el tratamiento de las adicciones, los resultados son mejores.

De tal manera que el embarazo constituye un periodo de oportunidad para la detección de mujeres usuarias de sustancias adictivas y para su inclusión en un programa de tratamiento, con una buena probabilidad de éxito.

Los centros encargados de la atención a la mujer deben considerar lo anterior para incluir, en la evaluación cotidiana de las pacientes embarazadas, un programa de tamizaje que permita la detección de abuso o dependencia de drogas, también debe contar con personal capacitado para el manejo de estas pacientes y, de esta manera, contribuir a disminuir este serio problema de salud.

REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. México: INEGI; 2004.
2. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2008.
3. Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. México: Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (INPRFM); 2012.
4. Villatoro-Velázquez JA, Gutiérrez-López ML, Quiroz del Valle N, Moreno-López N, Gaytán-López N, Gaytán-Flores F y cols. Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. *Salud Mental* 2009; 32.
5. Kelly JJ, Davis PG, Henschke PN. The drug epidemic: effects on newborn infants and health resource consumption at a tertiary perinatal centre. *J Paediatr Child Health* 2000; 36: 262-264.

6. Kandall SR. Perinatal effects of cocaine and amphetamine use during pregnancy. Bull N Y Acad Med 1991; 67: 240-255.
7. Wang X, Dow-Edwards D, Keller E, Hurd YL. Preferential limbic expression of the cannabinoid receptor mRNA in the human fetal brain. Neuroscience 2003; 118: 681-694.
8. Jones HE, Balster RL. Inhalant abuse on pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 1998; 25: 153-167.
9. Esmer MC, Rodríguez-Soto G, Carrasco-Daza D, Iracheta ML, Castillo V del. Cloverleaf skull and multiple congenital anomalies in a girl exposed to cocaine *in utero*: case report and review of the literature. Childs Nerv Syst 2000; 16: 176-179.
10. Jasnosz KM, Hermansen MC, Snider C, Sang K. Congenital complete absence (bilateral agenesis) of the diaphragm: a rare variant of congenital diaphragmatic hernia. Am J Perinatol 1994; 11: 340-343.
11. Corse SJ, Smith M. Reducing substance abuse during pregnancy. Discriminating among levels of response in a prenatal setting. J Subst Abuse Treat 1998; 15: 457-467.

Correspondencia:

Mónica Flores-Ramos

Montes Urales No. 800,
Colonia Lomas Virreyes,
11000, México, D.F.

Correo electrónico: flores_ramos@hotmail.com