

# Revisión de Temas

## Drogadicción y embarazo

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
Facultad de Medicina — Universidad de Antioquia  
Medellín 1984

\* Dr. Jaime Osorio Rojas

### INTRODUCCION

Hasta donde llega la historia escrita, todas las sociedades han utilizado drogas que producen efectos sobre el estado de ánimo, los pensamientos y los sentimientos. Además, siempre hubo algunos individuos que se apartaron de lo acostumbrado en cuanto al momento, la cantidad y la situación en que estas drogas podrían usarse. De este modo el uso no médico de drogas y el problema del abuso de las mismas son tan viejos como la misma civilización.

### INCIDENCIA

Cifras exactas del número de adictos en una determinada población son imposibles de obtener por razones obvias. Pero es sabido que en los últimos cinco años ha habido un incremento explosivo en el uso de narcóticos. Para citar algunas estimaciones podríamos decir que se cree que la ciudad de Nueva York comprende la mitad de la población adicta en los Estados Unidos.

---

\* Residente

### TERMINOLOGIA

**Abuso de drogas:** Es el uso, generalmente por autoadministración, de cualquier droga de un modo que se aparta de las formas médicas o sociales aprobadas dentro de una cultura dada. El término implica la idea de desaprobación social y no describe necesariamente ninguna forma de uso de drogas, ni sus posibles consecuencias desfavorables.

**El uso no médico de drogas:** Es un término menos peyorativo, pero tan generalizado que abarca conductas que van desde el uso ocasional del alcohol hasta el uso compulsivo de los opiáceos, e incluye los comportamientos que pueden asociarse o no con efectos adversos. El uso no médico de drogas puede constituir en el uso experimental de una droga, en una o pocas ocasiones; puede implicar el uso casual o recreativo de cantidades moderadas de una droga por sus efectos agradables, o su uso circunstancial en el cual se buscan ciertos efectos porque son útiles en determinadas circunstancias. Estas diversas formas de uso no médico de las drogas puede llevar luego a formas más intensas de uso en

términos de frecuencia o cantidad y en algunos casos a formas de dependencia o uso compulsivo de drogas.

Uno de los riesgos del uso de drogas para alterar el estado de ánimo y los sentimientos, es que algunos individuos desarrollan eventualmente dependencia de la droga; tienen menor flexibilidad en términos de su comportamiento con respecto a una droga determinada; siguen tomándola sin indicaciones médicas, a menudo a pesar de consecuencias adversas sociales y médicas, y se comportan como si los efectos de las drogas fueran necesarias para su constante bienestar.

La intensidad de esta necesidad o dependencia puede variar desde un deseo leve hasta el ansia o la compulsión de utilizar la droga y cuando la disponibilidad de ésta no es segura, puede llegar a la preocupación por obtenerla.

## EDAD

La edad promedio de los adictos también ha variado considerablemente con el correr de la historia; en la década de los cuarenta (postguerra) era de 35 a 40 años, más tarde era de 23 años, actualmente es un problema de la adolescencia.

## FACTORES ASOCIADOS

### 1. Socio - Culturales

Son responsables en la gran mayoría de los casos; en la década del 60 las comunidades con la gran ayuda de "los consejeros" que les dijeron "tómenla, sintonicen y olvídense de todo", iniciaron la búsqueda de los "expansores de la mente" con ciertas drogas alucinógenas tales como marihuana, mescalina y dietilamida del ácido lisérgico (LSD), con el fin de lograr nuevas sensaciones y apartarse de la realidad. Los barbitúricos y narcóticos no eran aún amplia-

mente usados en estos niveles estudiantiles. Ya en 1970, los alucinógenos se convirtieron en el primer problema de la drogadicción; pero más grave es hoy día el uso de drogas ilícitas en comunidades urbanas y sub-urbanas, abarcando niños entre ocho y catorce años. En estas comunidades, algunos factores socio-económicos conocidos como la destrucción de la unidad familiar, paternidad irresponsable, la llamada "brecha generacional", aunados al relativamente fácil acceso a las drogas, crearon un ambiente demasiado propicio que llevó a las jóvenes generaciones a la adicción.

## 2. Médico

Es nuestro deber recordar que la adicción también puede resultar como consecuencia de la prescripción de narcóticos y sedantes para aliviar el dolor, en condiciones asociadas con enfermedades crónicas, cáncer terminal, traumatismos, etc., y para el tratamiento de ciertos problemas psiquiátricos.

## DROGAS COMUNMENTE USADAS

Las drogas comúnmente usadas podrían dividirse en cuatro grupos a saber:

### 1. Alucinógenos

- 1.1. Derivados de la Cannabis Sativa.
  - 1.1.1. Marihuana
  - 1.1.2. Hashish
  - 1.1.3. Tetrahidrocanabinol (THC)
- 1.2. Dietilamida del Acido Lisérgico (LSD).
- 1.3. Mescalina
- 1.4. Psilocibina

### *Efectos*

Son drogas no adictivas, que no producen dependencia física, pero si es posible la dependencia psicológica. El grado de afectación del individuo puede variar desde elevación del estado de ánimo hasta depresión o estados de pánico; la duración de este estado varía según el tipo de droga utilizada, la dosis y la respuesta individual. Los consumidores de la marihuana tienen afectado el estado de ánimo, la memoria, la coordinación motora, la capacidad cognoscitiva, el sensorio, la ubicación temporal y la autopercepción. Lo más común es un aumento de la sensación de euforia, acompañado de relajación y sueño, cuando los sujetos están solos; cuando los sujetos pueden interactuar, la somnolencia es menos pronunciada y hay a menudo risa espontánea. Los fumadores de la marihuana sienten a menudo más hambre, tienen la boca y las fauces secas, sus imágenes visuales son más vividas y oyen con mayor agudeza. La percepción del tiempo alterada es un efecto constante de los cannabinoides. El tiempo parece transcurrir más lentamente, los minutos pueden parecer horas.

Los efectos más constantes sobre el sistema cardiovascular son: aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión arterial sistólica y marcado enrojecimiento de las conjuntivas. No hay cambios constantes de la frecuencia respiratoria ni de los reflejos tendinosos profundos. Con el uso crónico hay un aumento inexplicable del volumen plasmático.

El posible efecto de las drogas alucinógenas durante el embarazo ha sido ampliamente debatido, tanto en experimentos conducidos en animales como en seres humanos, ya sea in vivo o in vitro.

Sander y Klaus en los Angeles, haciendo trabajos comparativos entre mujeres

embarazadas consumidoras de marihuana y embarazadas no consumidoras, llegaron a las siguientes conclusiones: en el 57% de las embarazadas consumidoras de marihuana había meconio en el líquido amniótico, comparado con el 25% de las no adictas, el uso de la marihuana causa anemia, disminución en la ganancia de peso y supuesto retardo intrauterino; se encontraron trabajos de parto prolongados, detención en el trabajo de parto, que se presentó en el 31% de las consumidoras comparado con el 19% de las no consumidoras, y también, trabajo de parto precipitado en el 29% de las adictas contra el 3% de las no adictas.

Los problemas perinatales están dados por Síndrome de dificultad respiratoria, Apgar bajo y se requieren maniobras de resucitación en el 41%.

El LSD es la más potente y potencialmente peligrosa de este grupo, pudiendo llegar a producir despersonalización del individuo con pánico incontrolable y violencia, con posible traumatismo y hasta suicidio. Los usuarios frecuentemente se convierten en psicóticos; puede ocurrir recurrencia de "malos viajes", semanas o meses después de que se suspende la droga.

Para estos consumidores puede ser difícil localizar el origen de un sonido, el consumidor puede estar alerta o distraído, o puede alternar entre estos estados. En muchos sujetos hay miedo de fragmentación o desintegración del ser.

Un grado de tolerancia elevado a los efectos de conducta de la LSD se desarrolla después de tres o cuatro dosis diarias; la sensibilidad vuelve después de un intervalo libre comparable con las drogas. La tolerancia a los efectos cardiovasculares es menos pronunciada. No se ven fenómenos de retiro después de la suspensión brusca de drogas tipo LSD.

Con respecto al LSD y el embarazo ha habido enorme preocupación por aberraciones cromosómicas y efectos teratógenos inducidos por esta droga. La evidencia es contradictoria y de significación incierta. En las mujeres que recibieron LSD hubo un riesgo mayor de aborto espontáneo, pero ningún aumento importante de defectos congénitos. Sin embargo, los efectos de la LSD durante el embarazo no son aún bien conocidos.

## 2. Estimulantes del Sistema Nervioso Central

### 2.1. Anfetaminas

### 2.2. Cocaína

#### *Efectos*

Puede ocurrir dependencia psicológica, pero la física es dudosa.

Durante las primeras fases del uso intravenoso, tres o cuatro dosis de 20 a 40 mg de anfetamina suelen considerarse suficientes; además de la marcada euforia, el consumidor experimenta una sensación de gran aumento de la fuerza física y capacidad mental y casi no siente necesidad de sueño ni de alimento. Con el tiempo se desarrolla tolerancia a los efectos eufóricos; se usan dosis mayores y más frecuentes y aparecen signos y síntomas tóxicos. Los mismos incluyen bruxismo, tocarse y pellizcarse la cara y las extremidades, desconfianza y sensación de estar observado o vigilado.

Estudios experimentales en ratas y conejas durante el embarazo no han demostrado aumento significativo de anomalías congénitas ni disminución del peso fetal; sin embargo, cuando se administraron grandes dosis de anfetaminas a estos animales, la incidencia de anomalías congénitas se elevó a 12–15.5%,

dependiendo del período de la gestación durante el cual se le administró la droga. Lo que si parece estar demostrado es que el uso de anfetaminas aumenta la incidencia de hemorragia anteparto y postparto.

Las formas de uso de cocaína muestran la misma variabilidad. Las hojas del arbusto de coca (*Erythroxylon coca*), de las que se obtiene la cocaína, son mascadas por los nativos del altiplano de los Andes desde hace numerosas generaciones. Usada en esta forma, la cocaína parece producir una sensación de menos hambre, fatiga y de mayor bienestar.

La cocaína con sus varios nombres como coca, nieve, polvo de oro, etc. se vende en polvo, a menudo diluida con procaína y su pureza es muy variable. Los efectos eufóricos de la cocaína desaparecen más rápidamente, después de su administración intravenosa o intranasal, que las concentraciones plasmáticas de la droga, lo cual significa alguna forma de tolerancia aguda.

Muchos de los que usan anfetaminas y cocaína deben llamarse en realidad consumidores recreativos u ocasionales, pero algunos se hacen dependientes.

En relación al uso de cocaína durante el embarazo es poco lo que se conoce, debido a que las usuarias generalmente utilizan esta droga asociada a muchas otras y por consiguiente, sus efectos aislados no se han determinado todavía.

## 3. Depresores del Sistema Nervioso Central

### 3.1. Barbitúricos

#### 3.1.1. Amobarbital (Amital sódico)

#### 3.1.2. Pentobarbital (Nembutal)

#### 3.1.3. Secobarbital (seconal sodium)

## 3.2. Glutetimida (Doriden)

## 3.3. Hidrato de cloral

## 3.4. Tranquilizantes

## 3.4.1. Meprobamato

## 3.4.2. Clorodiazeposido (Librium)

## 3.4.3. Diazepam (Valium)

3.5. Hidrocarburos volátiles (goma y pegamento, gasolina, bencina, tetracloruro de carbono, etc.).

3.6. Alcaloides de la belladona (belladona, escopolamina, hiosciamina, atropina, etc.).

### *Efectos*

El uso prolongado resulta en dependencia psíquica y física.

Como se desarrolla tolerancia a casi todas las acciones de este grupo de drogas, pueden faltar signos aparentes de uso crónico. Para el paciente que toma píldoras para dormir, la única manifestación puede ser insomnio por rebote cuando se suspende la droga. El individuo intoxicado con un barbitúrico muestra lentitud y pereza general, dificultad para pensar, hablar, poca comprensión y memoria, juicio defectuoso, menor capacidad de atención, irritabilidad y agresividad son comunes. Los efectos neurológicos descritos: nistagmus, diplopia, estrabismo, dificultad de la acomodación visual, vértigos, marcha atáxica, signo de Romberg positivo, hipotonía, disminución de los reflejos superficiales; generalmente no hay cambio en los profundos, las respuestas pupilares y las sensaciones. La sobredosis puede resultar en coma profundo y muerte, por paro respiratorio.

El uso de estas drogas durante el embarazo se ha estudiado poco a pesar de ser ampliamente utilizadas. Algunos estudios informan que por ejemplo las sales de litio, droga ampliamente utilizada para tratar pacientes psiquiátricos, utilizada en pacientes embarazadas en etapa temprana del embarazo puede producir anomalías cardiovasculares (Síndrome de Epstein). En la etapa tardía alteraciones fisiológicas, bioquímicas y microscópicas; disturbios neonatales como hipotermia, cianosis, bradicardia, disturbios respiratorios, disminución de la succión, hipotonía.

El diazepam en la etapa temprana del embarazo puede producir malformaciones orofaciales; en la tardía aumento de cesáreas, bajo Apgar, hipotonía, anomalía en los procesos motores y excitación.

El clorodiazapóxido tiene alto riesgo de teratogenicidad.

Los niños nacidos de madres físicamente dependientes de los depresores del SNC manifiestan síndrome de retiro, de severidad variable (Desmond y col. 1972). Los signos son semejantes a los del síndrome de retiro de los opiáceos en el recién nacido.

## 4. Analgésicos narcóticos

## 4.1. Morfina

## 4.2. Meperidina

## 4.3. Metadona

## 4.4. Codeína

## 4.5. E. Paregórico

### *Efectos*

Tienen un alto grado de tolerancia y su uso prolongado resulta en severa dependencia física y psíquica.

La morfina y los opiáceos afines producen sus principales efectos sobre el SNC y el intestino. Dichos efectos son muy diversos e incluyen analgesia, somnolencia, alteraciones del estado de ánimo, depresión respiratoria, menor motilidad gastrointestinal, vómitos y alteraciones de los sistemas endocrino y nervioso autónomo.

La morfina y muchos de sus derivados causan constricción de la pupila en el hombre. Después de dosis tóxicas de opiáceos la miosis es marcada y las pupilas "en alfiler" son patognomónicas. La morfina es un depresor primario y continuo de la respiración al menos en parte, en virtud de un efecto directo sobre los centros respiratorios del tronco cerebral. En el hombre la muerte por envenenamiento con morfina se debe casi siempre a paro respiratorio. Pese a la evidente depresión respiratoria con dosis que causan toxicidad, la presión arterial se mantiene generalmente hasta una etapa tardía de la intoxicación, y desciende en gran parte como consecuencia de la hipoxia. La triada de coma, pupilas puntiformes y respiración deprimida sugiere firmemente envenenamiento por opiáceos.

Las acciones farmacológicas de las dosis únicas de la metadona son cualitativamente idénticas a las de la morfina. Las propiedades principales de la metadona son su efectividad analgésica, su eficacia por vía oral, su acción prolongada para suprimir los síntomas por retiro en los individuos físicamente dependientes y su tendencia a mostrar efectos persistentes con la administración repetida.

El desarrollo de la dependencia física durante la administración crónica de la metadona puede demostrarse por el retiro de la droga o por la administración de un antagonista opiáceo.

Es en este grupo de drogas donde se han llevado a cabo más estudios y la

literatura al respecto es prácticamente innumerable.

Los informes con relación al uso de heroína y metadona durante el embarazo y sus posibles efectos, teratogenicidad, etc., aparecen cada vez con más frecuencia en las principales revistas de la especialidad. La morfina, la meperidina y heroína eran las drogas a las cuales había mayor adicción, pero con la reciente terapia sustitutiva con metadona en el tratamiento de la heroínomanas, el panorama clínico-terapéutico se ha complicado, y es así que la adicción "terapéutica-iatrogénica" a la metadona parece ser más nociva que la previa adicción a la heroína.

Se han reportado en las mujeres trastornos menstruales. Staffer ha reportado múltiples anormalidades menstruales, amenorrea e infertilidad en el drogadicto. La heroína aparte de esto produce fetodrogadicción, partos prematuros, presentación podálica. Carla Carlson reporta que la metadona produce niños de bajo peso al nacer, disminución de la circunferencia cefálica, disminución de la función motora y del desarrollo neurológico. Se ha especulado de la embolia que puede ocurrir a nivel placentario.

No podemos hablar de drogadicción y no hablar del alcoholismo. Siempre se ha considerado a la utilización del alcohol como una bebida más dentro del ambiente social; esto, así considerado, es un hecho admitido, pero el buscar en su administración el efecto de una droga, para encontrar un estímulo, ya suele estar dentro de las toxicomanías, aún pensando que el hecho nos lo dan a conocer los numerosos trabajos que en todos los países se han ocupado del problema.

El alcoholismo produce un doble mal: ante todo comunica al organismo entero una especie de debilidad irritable, que

disminuye la fuerza de resistencia e impide hacer coherente la educación y por lo tanto, suficientemente sólida; en segundo lugar, todo el mundo sabe que el hijo del alcohólico tiene más predisposición que otros para llegar a serlo también. Ya nace con el apetito de la bebida mortífera y no necesita más que una pequeña cantidad para experimentar los desórdenes característicos del mal, como son la irritabilidad, las alucinaciones, el impudor y el extravío de la razón y del juicio.

Es un hecho interesante y de gran importancia conocer, por todos los trabajos realizados, que el alcohol atraviesa fácilmente la barrera placentaria. Carter, en su libro "Retardo mental del niño", nos dice que por el uso del alcohol etílico el cerebro se contrae mostrando atrofia macroscópica, circunvoluciones pequeñas y atróficas, y en cambio, ventrículos agrandados. Llamen la atención desde el primer momento los síntomas faciales, siempre del mismo tipo, con retraso mental evidente.

Se señala el alcoholismo como una de las causas más frecuentes de esterilidad, el origen de muchos partos prematuros y de un gran número de inmaduros; niños que nacen con un gran déficit de crecimiento, poco peso y talla y de difícil y lenta recuperación en la época postnatal.

Y aún consideradas las alteraciones del sistema nervioso central como las más frecuentes en la herencia alcohólica, no por ello dejan de verse otras deformidades como la anencefalia, la hipoplasia craneofacial, la microftalmia, las alteraciones de las fisuras palpebrales, la nariz corta, la ptosis palpebral, la boca ancha y el borde labial más estrecho, el estrabismo, la fisura palatina, los defectos intraoculares, anomalías diafragmáticas, petus excavatur, nevus pigmentarios, añadiéndose a todas estas manifestacio-

nes hereditarias la frecuencia de trastornos psicomotores y las cardiopatías congénitas, éstas en gran número de casos.

### TOXICOMANO CONGENITO

Sin lugar a dudas varios niños nacen adictos a las drogas. Los médicos hemos tenido la oportunidad de escuchar el llanto estridente y presenciar los síntomas de carencia (temblor, sudoración, vómito) del toxicómano embrionario, durante sus primeros días de vida. Puesto que no todos los médicos han atendido a un niño adicto y tampoco saben si una paciente embarazada es adicta, el Doctor Nathenson ofrece algunas características del síndrome de privación del recién nacido: éste al nacer parece normal y horas o días después comienza a presentar desasosiego e irritabilidad progresivos, acompañados de gritos agudos y ensordecedores. Se alimenta mal y a menudo vomita cualquier comida que haya ingerido. Otras señales frecuentes son bostezos, temblor, deposiciones acuosas, cianosis intermitente, sudoración excesiva y estornudos.

Existe una clasificación de tres categorías, basadas en la severidad del síndrome:

**LEVE:** Temblor sin progresión de los síntomas.

**MODERADO:** Temblor, sumado a pequeñas perturbaciones autosómicas, como salivación, bostezos, estornudos o una deposición acuosa ocasional.

**SEVERO:** Todos los problemas anteriores, además, vómito, diarrea o convulsiones.

En cuanto al tratamiento ha sido enfocado con drogas como el paregórico, la clorpromazina, el diazepam, el fenobarbital.

## CARACTERISTICAS DE LA EMBARAZADA ADICTA

**1. Edad:** Amplia variación desde trece años hasta cuarenta años, pero en los últimos años ha habido una marcada tendencia hacia las adolescentes.

**2. Estado Civil:** Aproximadamente la tercera parte son casadas y la gran mayoría viven en concubinato. Habitualmente el marido también es adicto y muchas veces es quien la inició en el vicio de las drogas.

**3. Prostitución:** Muchas eran ya prostitutas antes de hacerse drogadictas, pero otras escogieron esta profesión para poder mantener el hábito de la droga.

**4. Duración de la Adicción:** Entre el 35 al 50% de las pacientes han sido adictas por cinco años o más y algunas han sido hasta por 15 y 20 años.

**5. Drogas Utilizadas:** Heroína y metadona, son las drogas usadas por casi todas las embarazadas. En un 20% de los casos se consume además barbitúricos, tranquilizantes y marihuana.

## 6. Cantidad de Droga Usada

**6.1. Heroína:** Generalmente proporcional a la cantidad de dinero requerido para sostener el hábito diario.

**6.2. Metadona:** La terapia sustitutiva se lleva a cabo con dosis diarias de 20 a 40 mgs y progresivamente se llegan a dosis de 80 a 120 mg/día. La dosis óptima es aquella con la cual se logra un efecto bloqueador y equivalente a aquel producido por la heroína, que puede tener variaciones individuales amplias.

La asistencia a estos programas es muy variable y la drogadicción original tiene altos índices de incurcencia, algunas madres han sido detoxificadas con me-

tadona dos o más veces durante el mismo embarazo y por ésto se considera que la terapia de sustitución-detoxificación no debe iniciarse durante el embarazo, además de que se cree perjudicial para la gestación el síndrome de supresión que pudiera ocurrir en fases iniciales de la detoxificación.

## 7. Fertilidad

Hay controversia, pero ya anotábamos los estudios realizados por Stoffer.

## 8. Control Prenatal

Aproximadamente del 10 al 20% obtienen un adecuado control prenatal; alrededor de la tercera parte se registran en el último trimestre.

## 9. Paridad

Generalmente refleja la edad de la adicta, y siendo que cada vez son más jóvenes, se ha notado un aumento de la primiparidad reciente.

## 10. Postparto

Las pacientes que consumen heroína muestran evidencia de síntomas de supresión inmediatamente después del parto; estos signos incluyen: náuseas, temblor, sudoración, dolor abdominal, calambres y ruegos desesperantes por más droga.

## COMPLICACIONES DE LAS DROGADICTAS DURANTE EL EMBARAZO

### 1. Médicas

#### 1.1. Infecciones

**1.1.1. Hepatitis:** Se estima que ocurre en un 50% de las adictas que usan heroína por vía intravenosa.

1.1.2. Tétanos: Las adictas representan la mitad de todos los casos comunicados; por otra parte el 2% de las muertes de los adictos ocurren por tétanos.

1.1.3. Endocarditis bacteriana: También responsable del otro 2% de muerte en adictos, siendo el estafilococo el organismo más común.

1.1.4. Tromboflebitis y abscesos: Frecuentes complicaciones en pacientes que utilizan la heroína inyectada.

1.1.5. Infecciones pulmonares: Secundarias a diseminación hematógena desde infecciones cutáneas y abscesos y tromboflebitis, resultando en embolos sépticos y formación de abscesos pulmonares.

1.1.6. Gangrena de las extremidades: Secundaria a inyección intrarterial accidental.

### 1.2. Enfermedades venéreas

15 al 20% de las adictas tienen una serología positiva, factor éste relacionado con el incremento de la prostitución. También se ha notado incremento en la blenorragia y enfermedad pélvica.

1.3. Alrededor de un 30% de las adictas embarazadas tienen un nivel de hemoglobina inferior a 10 gramos por ciento; ésto sin duda está relacionado con desnutrición y reservas de hierro disminuidas, aunado a inadecuado control prenatal y falta de administración complementaria de hierro.

## 2. Obstétricas

2.1. *Parto prematuro*: Una tercera parte de los embarazos termina espontáneamente antes de las 38 semanas y el 50% de los recién nacidos tienen peso inferior a 2.500 gramos.

2.2. *Toxemia*: Ocurre más frecuentemente en embarazadas adictas, relacionada probablemente a la asistencia o no control prenatal.

2.3. *Presentación podálica*: Es tres veces más frecuente que entre la población no adicta.

2.4. *Trabajo de parto*: Generalmente éste es de corta duración y en más de la mitad de los casos dura menos de siete horas. Aproximadamente un 15% resulta en parto precipitado o parto extrahospitalario. También se informan detención en el trabajo de parto.

2.5. *Hemorragia del tercer trimestre*: Hay un incremento relativo del 24%, en la incidencia del desprendimiento prematuro de la placenta; sin embargo, se desconoce la causa.

2.6. *Ruptura prematura de membranas*: Se presenta con una incidencia de alrededor del 10%, no siendo diferente de la que se presenta en la población general.

2.7. *Aborto*: Un 15% de todos los embarazos terminan en aborto voluntario. No se ha observado incremento en la incidencia de aborto espontáneo, embarazo ectópico, mola hidatiforme o embarazo gemelar.

## 3. Neonatales

3.1. *Peso bajo al nacer*: La mitad pesan menos de 2.500 gramos, la mayoría, el 70%, pesan entre 2.000—2.500 gramos, un 20% entre 1.500—2.000 gramos, y un 10% entre 1.000—1.500 gramos.

3.2. *Prematurez*: Ocurre con una incidencia del 30 al 33%.

3.3. *Adicción neonatal*: Se presenta evidencia de narcotismo en unas dos

terceras partes de los recién nacidos, dependiendo del tipo y de la cantidad de droga utilizada y el intervalo entre la última dosis usada y el momento del parto.

**3.4. Anomalías congénitas:** Incidencia aumentada.

**3.5. Morbilidad:** Marcadamente aumentada, con una incidencia entre el 65 y 75%. Las causas principales son: síndrome de supresión, prematuridad, peso bajo al nacer, membrana hialina e ictericia. Hay evidencia reciente que sugiere que la metadona incrementa la morbilidad y la severidad del cuadro clínico de los recién nacidos adictos, cuando se compara con los nacidos de madres que durante el embarazo utilizaron sólo heroína.

**3.6. Mortalidad:** Aproximadamente es del 3 al 5%.

## RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE ESTAS PACIENTES

### 1. Identificación de la paciente adicta

Esto puede lograrse ya sea porque la paciente confiese su adicción, o como generalmente sucede, son pacientes referidas de centros asistenciales dedicados a la detoxificación con metadona. Además, en algunos centros se practica la búsqueda de drogas o de metabolitos en

orina por cromatografía de capa fina, en aquellas pacientes sospechosas. Esto es factible para: heroína, metadona, codeína, barbitúricos, anfetaminas y fenotiazinas, pero no para LSD y marihuana.

### 2. Control prenatal

Se recomiendan secciones especializadas con personal entrenado. Las pacientes deben ser evaluadas por un grupo organizado de sociólogos, psiquiatras, obstetras y cuando sea posible un consejero preferiblemente exadicto.

### 3. Detoxificación con Metadona

A pesar de lo dicho antes, todavía se considera como una buena medida de tratamiento sustitutivo, principalmente porque se dispensa bajo control médico y gubernamental. Como ya se dijo antes no se recomienda la detoxificación durante el embarazo.

### 4. Otras medidas terapéuticas

Serían la abstinencia suplementada con tranquilizantes o barbitúricos.

5. Cuando el tratamiento está indicado en el período neonatal, lo recomendado sería sedar al infante inicialmente y después administrar dosis decrecientes hasta eliminarlas por completo, en un lapso acorde con la respuesta del niño.

## BIBLIOGRAFIA

- CARDENAS CONDE, L., Drogadicción y Embarazo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. XXXV: 349, 1975.
- DRUG and PREGNANCY. Ed. by Patricia FERGUER. Rockville, National Institute on Drug Abuse, 1974. 147 p.
- GARRIDO LESTACHE, J. La Madre, el Alcohol y la Decencia. Anales de la Real Academia Nacional de la Medicina. España XVIII.
- GOODMAN y GILMAN. Analgésicos y Narcóticos. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Sexta edición, 1982.

5. GOODMAN y GILMAN. Drogadicción y Abuso de Drogas. Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Sexta edición, 1982.
6. GREENLAND, S. The Effects of Marijuana Use During Pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 143: 408, 1982.
7. LIBRIZZI, R.J. Teratogenic Drugs. Perinatal Medicine. 109 p.
8. NATHENSON, G. and GOLDEN, G. Toxicómano Congénito. Tribuna Médica.
9. WAPNER, R.J. and LORETTA. Perinatal Aspects of Psychotropic Drug Abuse. Perinatal Medicine. 384 p. Second Edition.