

TRAYECTORIAS SANITARIAS DE MUJERES CONSUMIDORAS DE COCAÍNA Y/O CANNABIS DURANTE EL EMBARAZO. ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO EN LA PAMPA, ARGENTINA.
HEALTH TRAJECTORIES OF WOMEN WHO USED COCAINE AND/OR CANNABIS DURING PREGNANCY. RETROSPECTIVE COHORT STUDY IN LA PAMPA, ARGENTINA.
CAMINHOS DE CUIDADOS DE SAÚDE DAS MULHERES QUE CONSOMEM COCAÍNA E/OU CANNABIS DURANTE A GRAVIDEZ. ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO, LA PAMPA, ARGENTINA.

Marina Villarreal^{1,2}, Valeria Belmonte³, Jorge Luis Olivares^{1,2}, Agustina Abdala¹

1. Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas (EALMolas). Santa Rosa La Pampa, Argentina .
2. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad Nacional de La Pampa. (UNLPam). Santa Rosa La Pampa, Argentina .
3. Facultad de Agronomía, Universidad Nacional de La Pampa. (UNLPam). Santa Rosa La Pampa, Argentina.

Conceptos clave:

Qué se sabe sobre el tema

Las mujeres consumidoras de cocaína y/o cannabis durante el embarazo tienen mayor frecuencia de complicaciones que las no consumidoras, descritas durante la gestación y el período perinatal. Pero con posterioridad a esos períodos, los estudios son escasos, por lo cual se desconocen sus trayectorias sanitarias años después del parto.

Qué aporta este trabajo

Adjunto el archivo

Describe que las consumidoras de cocaína y/o cannabis durante el embarazo tienen mayor número de enfermedades, consultas médicas y odontológicas de emergencia, internaciones, y más muertes violentas en el grupo familiar directo que las no consumidoras, durante 4 años posparto. Además, describe que tienen significativamente mayor frecuencia de antecedentes de violencia en sus infancias y de enfermedades previas y adquiridas que las no consumidoras.

Resumen:

Introducción: el consumo de cocaína y cannabis durante el embarazo constituye un problema en ascenso, de importancia para la Salud Pública mundial. Las mujeres consumidoras pueden presentar un amplio rango de complicaciones durante el embarazo y perinatales, pero los conocimientos sobre su evolución posterior son escasos. **Objetivos:** describir las trayectorias sanitarias durante 4 años de mujeres consumidoras de cocaína y/o cannabis durante el embarazo, y compararlas con mujeres no consumidoras. **Métodos:** estudio de cohorte retrospectivo con grupo de comparación doble. Las mujeres consumidoras fueron detectadas en el Servicio de Neonatología de un Hospital público con prueba en orina posparto positivo para cocaína y/o cannabis, entre 2009 y 2013. **Resultados:** se evaluaron 29 mujeres consumidoras, y 58 no consumidoras. En el primer grupo, el 93% eran policonsumidoras. Las mujeres consumidoras presentaron mayor frecuencia de: antecedente de violencia en sus infancias ($p < 0,001$), enfermedades previas ($p < 0,0045$) y adquiridas ($p < 0,0007$), consultas médicas ($p < 0,0001$) y odontológicas ($p = 0,0002$) de emergencia, internaciones ($p < 0,0001$) y muertes familiares violentas, comparando con no consumidoras.

Conclusión: las mujeres consumidoras de cocaína y/o cannabis durante el embarazo presentaron mayores antecedentes de violencia y enfermedad, de consultas médicas y odontológicas de emergencia, de internación y muertes violentas en el grupo familiar, que las no consumidoras. Los traumatismos constituyeron la principal causa de consulta e internación. En las variables evaluadas, las diferencias entre consumidoras y no consumidoras del embarazo fueron significativas.

Palabras clave: cocaína; cannabis; embarazo; atención a la salud; hospitalización.

Abstract:

Introduction: the use of cocaine and cannabis during pregnancy is a growing problem, of importance for the World Public Health. Women can present a wide range of complications during pregnancy and perinatally, although knowledge about evolution thereafter is scarce. **Objectives:** to describe and compare health trajectories up to 4 years postpartum of user and not user women of cocaine and/or cannabis during pregnancy. **Methods:** retrospective cohort study with a comparison group consisting of 2 not users women for each user during pregnancy. User women were detected in Neonatology Division of a public Hospital with an urine postpartum test, between 2009 and 2013. **Results:** 29 women cocaine and/or cannabis users during pregnancy, and 58 not users were evaluated. In the first group, 93% women were polydrug users. Users had higher frequency of: history of violence in childhood ($p < 0,001$), previous ($p < 0,0045$) and acquired ($p < 0,0007$) disease, medical ($p < 0,0001$) and odontological ($p = 0,0002$) emergency consultations, hospitalizations ($p < 0,0001$), and violent deaths in relatives, compared with non users.

Conclusions: women who used cocaine and/or cocaine during pregnancy had a greater history of violence and illness, emergency medical and dental consultation, hospitalization and deaths, than non users. Injuries were the main cause of hospitalization. In the variables evaluated, the differences between consumers and non-consumers of pregnancy were significant.

Key words: cocaine; cannabis; pregnancy; health care (Public Health); hospitalization.

Resumo

Introdução: o uso de cocaína e cannabis durante a gravidez é um problema crescente, de importância para a Saúde Pública Mundial. Mulheres consumidoras podem apresentar uma ampla gama de complicações durante a gravidez e os perinatais, embora o conhecimento sobre sua evolução subsequente seja escasso. **Objetivos:** descrever as trajetórias de saúde de mulheres consumidoras de cocaína e/ou cannabis durante a gravidez e compará-las com mulheres não-consumidoras. **Métodos:** estudo de coorte retrospectivo com grupo de comparação composto por 2 mulheres não consumidoras para cada consumidor. Consumidores de mulheres foram detectados no Serviço de Neonatologia de um hospital público com um estudo em urina pós-parto positivo para cocaína e / ou cannabis, entre 2009 e 2013. **Resultados:** 29 mulheres consumidoras foram avaliadas e 58 não-consumidoras. No primeiro grupo, 93% das mulheres eram policonsumidores. Mulheres consumidoras apresentaram maior frequência de: histórico de violência em suas infâncias ($p < 0,001$), consultas prévias ($p < 0,0045$) e adquiridas ($p < 0,0007$), consultas médicas ($p < 0,0001$) e consultas odontológicas ($p = 0,0002$) emergência, hospitalizações ($p < 0,0001$), e mortes violentas em parentes, comparando com não-consumidores. **Conclusões:** mulheres que consomem cocaína e / ou cannabis durante a gestação tiveram menor frequência em consulta agendada, maior número de consultas médicas e odontológicas de emergência, de internação, e mortes. As lesões foram a principal causa de consulta e hospitalização. Nas variáveis avaliadas, as diferenças entre consumidores e não consumidores de gravidez foram significativas.

Palavras chave: cocaína; cannabis; gravidez; atenção à saúde; hospitalização.

Recibido: 2019-12-12 Aceptado: 2020-03-12

DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n2.26838>



©Universidad Nacional de Córdoba

Introducción

El consumo de drogas ilícitas (DI) durante el embarazo constituye un problema en ascenso, de importancia para la Salud Pública mundial. Las DI utilizadas más comúnmente varían según el País y el año que se considere, siendo cannabis, cocaína, y opioides los reportados con mayor frecuencia.¹⁻⁸

En el Servicio de Neonatología de un Hospital Público de La Pampa, cocaína y cannabis han sido las DI halladas con mayor frecuencia en muestras de orina posparto, desde el inicio de la detección en 2009.⁵

En general, las mujeres consumidoras de cocaína y/o cannabis suelen presentar una elevada frecuencia de factores de riesgo y comorbilidades. Se describen principalmente historial de violencia familiar, antecedentes de abuso sexual en la infancia, enfermedad mental, bajo nivel socioeconómico, infecciones de transmisión sexual, problemas legales, prostitución y situación de calle. Además de lo mencionado, las mujeres consumidoras durante el embarazo en particular, suelen tener mayor número de abortos, alta frecuencia de convivencia con parejas o familiares consumidores de drogas, y hábito de policonsumo.^{4,5-13} Los controles durante el embarazo suelen ser escasos o nulos.^{4,5,8}

Las mujeres consumidoras de cocaína y/o cannabis durante el embarazo y sus hijos, tienen mayor frecuencia de complicaciones que las no consumidoras, especialmente estudiadas durante la gestación y el período perinatal.^{6,8,11,14,15}

Con posterioridad a esos períodos, los estudios sobre las trayectorias sanitarias de las mujeres consumidoras de DI en el embarazo, son prácticamente inexistentes. Se ha descrito que entre 6 meses y 1 año posparto, presentan una alta frecuencia de persistencia del consumo de drogas, o de recaídas incluso a dosis mayores que las originales si habían disminuido o suspendido el consumo durante el embarazo.^{1,7,16} Pero se desconocen la frecuencia y motivos de consulta luego del egreso hospitalario con su recién nacido.

Algunos aspectos de la situación sanitaria pos parto del grupo familiar de estas mujeres, se conocen indirectamente por los estudios referidos a sus hijos. Durante la infancia, los hijos de consumidoras requieren más consultas en emergencias, más internaciones, y tienen más intervenciones judiciales (principalmente por maltrato) que los hijos de mujeres sin antecedentes de consumo de durante el embarazo.^{5-8,17}

Los objetivos de este estudio fueron describir y comparar las frecuencias y motivos de consultas médicas y odontológicas e internaciones durante 4 años posparto, de mujeres consumidoras y no consumidoras de cocaína y/o cannabis durante el embarazo. Secundariamente, describir y comparar datos socioeconómicos, registros de violencia, situación familiar/legal y morbimortalidad.

Métodos

Estudio de cohorte retrospectivo

Mujer consumidora de cocaína y/o cannabis durante el embarazo (MCE): mujer con criterio de detección y muestra en orina posparto positiva para cocaína y/o cannabis (de la madre y/o del hijo), realizada en el Servicio de Neonatología del Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas (EALMolas) de Santa Rosa La Pampa, entre 2009 y 2013.

Los criterios de detección fueron: comunicación actual o historia de uso de drogas, estado mental alterado en la madre, ausencia de control prenatal, complicaciones del sistema nervioso central inexplicables, cambios en la conducta o síntomas compatibles con abstinencia a drogas en el recién nacido. Ante la presencia de al menos un criterio, previo consentimiento escrito, se obtuvieron muestras de orina a la madre y del recién nacido (en frasco colector y bolsa colectoras respectivamente).

Método de laboratorio utilizado: prueba rápida en tira reactiva Acon Laboratories (EE.UU.), para la detección cualitativa simultánea de

drogas o metabolitos: anfetaminas, barbitúricos, benzodiazepinas, marihuana, cocaína, metadona, metanfetaminas, opiáceos y fenciclidina.

No se requirieron pruebas de confirmación ya que las mujeres reconocieron el consumo.²⁹

Esta cohorte de consumidoras fue registrada por los investigadores a medida que se detectaban, antes del presente estudio.

Mujer no consumidora de cocaína ni de cannabis durante el embarazo (MNCE):

mujer sin criterio de detección, con parto en el mismo Servicio de Neonatología en mismo día o semana que una consumidora.

El grupo de comparación fue seleccionado de los libros de nacimientos de dicho Servicio. La selección se realizó considerando por orden de prioridad: edad materna, peso al nacer y edad gestacional del recién nacido (*Tabla 1*), localidad de procedencia, y situación ante la seguridad social.

Se seleccionaron 2 mujeres no consumidoras por cada mujer consumidora, para aumentar la potencia del estudio.

No hubo diferencias significativas en ninguna de esas variables, siendo los grupos homogéneos.

Tabla 1. Comparación MCE y MNCE, según variables de selección. Mujeres asistidas posparto en el Servicio de Neonatología del Hospital Molas, La Pampa, entre 2009 y 2013.

		Grupos de mujeres		Comparación entre grupos
		MCE (n=29)	MNCE (n=58)	
Peso del niño al nacer (gramos)	Media (DE) (IC 95%)	3132 (670) 2877-3387	3355(444) 3265-3446	p=0,10
Edad gestacional del niño (semanas)	Media (DE) (IC 95%)	39 (2) 38-39	39(1) 39-40	p=0,25
Edad materna (años)	Media (DE) (IC 95%)	22 (5) 21-24	22 (4) 23-39	p=0,64
Residencia Santa Rosa /Toay		29	53	p=0,165
Obra social /prepara		no	no	

MCE: mujeres consumidoras de cocaína y/o cannabis en embarazo. MNCE: mujeres no consumidoras de esas drogas en el embarazo.
DE: desvío estándar; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%

El estudio se realizó desde 06/2017 hasta 06/2018. Sin criterios de exclusión.

Variables de estudio: datos socioeconómicos (situación familiar/legal, educación, ocupación), consultas médicas, internaciones, antecedentes de consultas por violencia, obstétricos, enfermedades previas y adquiridas, mortalidad.

Fuentes secundarias:

- Sistema Informático de Salud (SIS) de La Pampa: en esta base de datos, se registran datos demográficos y una historia clínica resumida de los individuos asistidos en todos los establecimientos públicos de salud de la Provincia, en las distintas especialidades médicas, y en odontología. Los diagnósticos están codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)
- Historias clínicas del EALMolas: es el Hospital público de mayor complejidad de Santa Rosa, y de referencia en la Región, gratuito, y con Servicio de Emergencias de adultos e infantil, Cirugía, Tocoginecología, y Terapias Intensivas con guardia activa permanente.

Para la carga, procesamiento inicial y gráficos se utilizó Excel de Office 4.0. Para el análisis estadístico se utilizó InfoStat 2017, Universidad de Córdoba.

Se realizó estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Para la fase comparativa se utilizaron las pruebas de chi-cuadrado (variables cualitativas) o pruebas de comparación de medias, t-Student (variables cuantitativas). Se consideró diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0,05$. Las tasas se expresan como riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Resultados

Se evaluaron los registros de 29 mujeres consumidoras de cocaína y/o cannabis durante el embarazo (MCE), y de 58 no consumidoras (MNCE).

Las DI detectadas en orina en las MCE fueron: cocaína 9 (31%), tetrathidrocannabinol 10 (35%), cocaína y tetrahidrocannabinol 5 (17%), cocaína con fenciclidina y/o benzodiazepinas 5 (17%).

El 93% fueron policonsumidoras durante el embarazo, asociando principalmente cocaína y/o cannabis con tabaco y/o alcohol. Relataron haber consumido tabaco durante el embarazo 93% de las MCE, y 21% de las MNCE ($p < 0,0001$). El promedio de cigarrillos fumados en el primer grupo fue de 10/día, y en el grupo de MNCE, de 1/día ($p < 0,0001$). El 55% de las MCE había tomado alcohol durante el embarazo, en tanto que ninguna MNCE lo había hecho ($p < 0,0001$).

La edad promedio en que consumieron cocaína o cannabis por primera vez fue de 17 años (rango 11-29).

Datos socioeconómicos

En relación al nivel educativo, en ambos grupos la mayoría de las mujeres tenían secundario incompleto (MCE 59%, MNCE 57%), sin diferencias significativas ($p = 0,42$).

Respecto de la ocupación, 12 (42%) de MCE, y 38 (66%) de MNCE eran amas de casa ($p = 0,04$). Refirieron dedicarse a la prostitución 2 MCE, y ninguna MNCE.

Se encontraron diferencias significativas respecto de la situación habitacional. Tenían vivienda fija 10 (34%) MCE, y 53 (91%) de MNCE ($p < 0,0001$). En el primer grupo, 2 mujeres no tenían domicilio para reportar, y 8 cambiaron de vivienda durante los 4 años del estudio, generalmente a casas de familiares o amigos. Estas situaciones no se encontraron en MNCE.

Antecedentes familiares y legales

Los grupos difirieron respecto de la existencia de registros de consulta médica por lesión/es producto de violencia, principalmente antes de los 18 años (Tabla 2).

Tabla 2: Frecuencia y rango de edad de consulta por lesión/es producto de violencia. Comparación de grupos de mujeres asistidas posparto en el Servicio de Neonatología del EALMolas, entre 2009 y 2013

	Grupos de mujeres		Comparación entre grupos	Riesgo Relativo (IC 95%)
	MCE (n=29)	MNCE (n=58)		
Número de mujeres	20(69%)	4(7%)	$p < 0,0001$	10 (3,40-23,99)
Rango de edad al primer registro de violencia (años)				
18 o más	2	3	$p > 0,9999$	
Menos de 18	18	1	$p < 0,0001$	
0-5	1	-		
6-11	8	-		
12-17	9	1		

MCE: mujeres consumidoras de cocaína y/o cannabis en embarazo.
MNCE: mujeres no consumidoras de esas drogas en el embarazo.
IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Estudio aprobado por el Comité de Ética en Investigación del EALMolas en 2016.

La confidencialidad se mantuvo codificando y limitando la búsqueda, registro, análisis y acceso a la base de datos del estudio a los 4 autores/investigadores. No se registraron iniciales, nombres ni otros datos identificatorios de pacientes.

Al momento de ser asistidas posparto en el Servicio de Neonatología, refirieron tener pareja conviviente 21 MCE (72%) y 55 (95%) MNCE ($p = 0,0054$). En el primer grupo, 17/21 (81%) eran hombres consumidores de cocaína y/o cannabis, y en el segundo, 1/55 (2%) lo era ($p < 0,0001$).

Durante 4 años posparto, 8(28%) padres biológicos del grupo MCE estuvieron privados de la libertad; ninguno en el otro grupo.

Antecedentes obstétricos, de embarazo y parto

Tenían antecedentes de 5 o más gestas 6 MCE, y 2 MNCE ($p = 0,02151$). Habían tenido al menos un aborto 12 CE y 11 NCE ($p = 0,0383$).

El promedio de controles del embarazo arrojó diferencias entre grupos. En MCE fue 3 (IC95%:1,99-3,94), y en MNCE fue 7 (IC95%:6,70-7,51). Una de cada cuatro MCE no realizó ningún control del embarazo, situación inexistente en MNCE.

En relación al parto, 7(24%) MCE ingresaron al Hospital en período expulsivo; en MNCE hubo 1 ($p < 0,0001$). En las MCE hubo 2 alteraciones en la dinámica del parto y 1 extracción difícil, situaciones no registradas en las MNCE. El riesgo de tener alguna de esas situaciones en MCE fue 24 veces la de MNCE (RR 24; IC95%: 6-104).

Se detectaron lesiones en 2 MCE, en un caso, hematomas "nuevos" producidos por maltrato de su pareja, y en otro, múltiples cicatrices de cortes en antebrazos. No se encontraron lesiones en MNCE.

Enfermedades previas y adquiridas

La Tabla 3 muestra la frecuencia de mujeres con alguna enfermedad previa al embarazo o adquirida durante 4 años posparto, con diferencias significativas entre grupos. Dos MCE tenían como diagnóstico previo adicción a drogas.

En relación a las enfermedades adquiridas, el 50% de MCE presentaron más de una. En este grupo se diagnosticaron 44 enfermedades, y 22 en MNCE ($p < 0,0001$). Las siguientes enfermedades fueron adquiridas sólo por MCE: trastorno mental por drogas (11), enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos (8), sífilis (6), lesiones autoinfligidas cortantes (2) y tuberculosis (1).

Tabla 3. Frecuencia de enfermedades previas o adquiridas durante 4 años posparto. Comparación de MCE con MNCE, asistidas posparto en el Servicio de Neonatología del EALMolas, entre 2009 y 2013

Enfermedades	MCE (n=29)	MNCE (n=58)	Comparación entre grupos
Previas	11(38%)	7(12%)	$p = 0,0045$
Adquiridas	17(59%)	13(22%)	$p = 0,0007$

MCE: mujeres consumidoras de cocaína y/o cannabis en embarazo.
MNCE: mujeres no consumidoras de esas drogas en el embarazo

Consultas e internaciones

La Tabla 4 muestra las consultas médicas, odontológicas y las internaciones durante 4 años. En las Tablas 5 y 6 se detallan la frecuencia y los motivos de consultas médicas en emergencias y de internaciones.

Mortalidad:

Hubo 3 muertes durante 4 años en diferentes familias del grupo de MCE. Una mujer falleció por lesiones en siniestro vial, conduciendo alcoholizada; un niño de 4 años falleció con lesiones encefálicas por disparo de arma de fuego, y un padre falleció por herida de arma blanca, ambos en sus respectivos hogares. No hubo fallecimientos de niños ni de progenitores en el otro grupo.

Tabla 4. Número de mujeres que realizaron consultas médicas, odontológicas, o que requirieron internaciones, durante 4 años posparto. Comparación de MCE con MNCE, asistidas posparto en el Servicio de Neonatología del EALMolas (2009-2013).

Consultas e internaciones*	Grupos de mujeres		Comparación entre Grupos	Riesgo Relativo (IC 95%)
	MCE (n=29)	MNCE (n=58)		
Consultas médicas programadas	21 (72%)	57 (98%)	p=0,0008	0,75 (0,60-0,93)
Consultas médicas en emergencias	26 (90%)	28 (48%)	p=0,0002	1,86 (1,37-2,47)
Consultas odontológicas programadas	14 (49%)	25 (43%)	p=0,6474	1,12 (0,70-1,82)
Consultas odontológicas de emergencia	19 (66%)	14 (24%)	p=0,0002	2,71 (1,6-4,5)
Internaciones	17 (59%)	3 (6%)	p<0,0001	11,33 (3,16-31,11)

*Se excluyen controles o internaciones por nuevos embarazos, y otros partos. MCE: mujeres consumidoras de cocaína y/o cannabis en embarazo. MNCE: mujeres no consumidoras de esas drogas en el embarazo. IC 95%: Intervalo de confianza con 95% de confianza

Tabla 6. Frecuencia y motivos de internación durante 4 años posparto. Comparación de MCE con MNCE, asistidas posparto en el Servicio de Neonatología del EALMolas, entre 2009 y 2013.

	Grupos de mujeres		Comparación entre grupos
	MCE n=29	MNCE n=58	
Número de mujeres internadas	17 (59%)	3 (6%)	p<0,0001
Total de internaciones	26	3	-
Traumatismos	9	-	-
Maltrato	5	-	-
Lesión cortante autoinfligida	1	-	-
Trastorno x uso drogas	2	-	-
Depresión	1	-	-
Enfermedad pélvica inflamatoria	3	-	-
Ligadura tubaria	2	2	p=0,042
Aborto	1	-	-
Tirotoxicosis	-	1	-
Hepatitis crónica	1	-	-
Infección bacteriana	1	-	-

MCE: mujeres consumidoras de cocaína y/o cannabis en embarazo. MNCE: mujeres no consumidoras de esas drogas en el embarazo.

Discusión

En este estudio se evaluó a consumidoras de cocaína y/o cannabis, por ser las drogas más comúnmente detectadas en el Servicio de Neonatología del EALMolas.⁵ Ambas son las drogas usadas con mayor frecuencia durante el embarazo en el mundo actualmente, luego del tabaco y el alcohol.¹⁻⁸

En algunas regiones de Estados Unidos, Australia y algunos países de Europa, el consumo de opiáceos en el embarazo es elevado.^{11,12,15} En nuestra población de púerperas, sólo se detectó un caso desde que se instauró la búsqueda de DI en 2009, y en realidad fue consumido con indicación médica.⁵ En un estudio reciente en Barcelona, tampoco detectaron opiáceos en orina posparto.³

La existencia de un grupo de comparación doble constituye la principal fortaleza de este estudio. Los dos grupos de mujeres, consumidoras y no consumidoras del embarazo, fueron homogéneos por los criterios de selección utilizados: se asemejaban en edad y lugar de residencia, carencia de obra social o prepaga, y partos asistidos en un mismo Hospital público. La similitud en nivel socioeconómico es importante, por ser un factor de riesgo de uso de DI, y un factor confundidor habitual en estudios sobre la temática.^{4,10,17} También son similares ambos grupos en nivel educativo, aunque éste no constituyó un criterio de selección sino una variable de estudio.

Distintos estudios de cohorte muestran que la mayoría de las mujeres previamente consumidoras de drogas suspenden o disminuyen su uso durante el embarazo, incluso quienes tienen bajo nivel educativo.^{1,16,18} En este estudio, el nivel educativo de los grupos comparados fue similar.

Tabla 5. Frecuencia y motivos de consulta médica en emergencias durante 4 años posparto. Comparación de MCE y MNCE, asistidas en el Servicio de Neonatología del EALMolas, entre 2009 y 2013

	Grupos de mujeres		Comparación entre grupos
	MCE (n=29)	MNCE (n=58)	
Número de mujeres que consultaron en emergencias	26 (90%)	28 (48%)	p<0,0001
Promedio de consultas por mujer	3	1	p=0,0003
Número total de consultas	88	47	-
Motivos de consulta			
Traumatismos/lesiones	29	6	p=0,0129
Trastorno por consumo de drogas	11	-	-
Lesión autoinfligida	5	-	-
Mareos, cefalea o ansiedad	3	3	p=0,6644
Dolor de distintas regiones	7	10	p=0,0322
Infección de piel y subcutáneo	6	3	p=1,0000
Infección respiratoria	12	12	p=0,1008
Inflamación de órganos genitales	5	-	-
Trastorno mamario	2	4	p=0,1824
Aborto causa no especificada	3	-	-
Síntomas digestivos o urinarios	3	7	p=0,0209
Otros	2	2	p=0,6102

MCE: mujeres consumidoras de cocaína y/o cannabis en embarazo. MNCE: mujeres no consumidoras de esas drogas en el embarazo. Los valores p de motivos de consulta se obtuvieron en base al número total de consultas

Entre las mujeres que sostienen el consumo durante el embarazo, muy pocas tendrán alguna droga detectada por algún método de laboratorio, ya sea porque en la mayoría de las maternidades no hay protocolo de detección, o por limitación de los criterios, de las pruebas o de las técnicas de obtención de muestras.⁵ Considerando estas últimas limitaciones, las MCE presentadas en este estudio son un subgrupo que ocupa el vértice de una pirámide de consumidoras de drogas durante el embarazo: las que no cesaron el consumo hasta muy cerca del parto, y cuya dosis fueron suficientemente elevadas para ser detectadas en la orina. El hecho de que fueran policonsumidoras podría relacionarse con la dificultad para cesar el consumo.

El policonsumo es un hábito presente en hasta un 50% de consumidoras durante el embarazo en diferentes estudios, pero no tan elevado como el 93% presentado. La combinación con tabaco y el alcohol es lo más usual, siendo éstas las drogas de abuso consumidas con mayor frecuencia durante el embarazo en todo el mundo.^{4,5,7,8,9} Es tan frecuente la asociación de tabaco con cocaína y/o cannabis en la bibliografía que se ha sugerido asesorar sobre el riesgo de consumo de DI a cada embarazada fumadora.^{5,8,12,19}

Muchas mujeres del presente estudio habían usado cocaína y/o cannabis desde temprana edad. El policonsumo en la adolescencia se ha asociado con haber padecido maltrato infantil.²⁰ Como se mostró, las MCE tenían vastos antecedentes de violencia registrados en su historia clínica antes de los 18 años, significativamente más frecuentes que en mujeres MNCE. El antecedente de abuso sexual infantil se describe como una forma de maltrato muy frecuente en consumidoras de drogas ilícitas.^{13,20-22} Una limitación de este estudio retrospectivo, es que no se pudo discriminar a qué tipo de maltrato correspondieron los registros de violencia doméstica que motivaron consulta médica.

Asimismo, las mujeres consumidoras de DI sufren violencia doméstica con frecuencia, y ésta suele aumentar durante los embarazos, provocando mayor riesgo de aborto. Además, ese consumo se asocia con menor protección durante las relaciones sexuales.^{7,23-26} Esto podría explicar al menos en parte la mayor frecuencia de abortos, sífilis, enfermedad inflamatoria pélvica (asociable también a la prostitución) de las mujeres MCE de este estudio. Recientemente, se ha reportado un riesgo de aborto asociado a consumo de cannabis durante el embarazo, de 12 veces el descrito en no consumidoras.¹⁹

La frecuencia de sífilis de este estudio fue similar a un estudio brasileño, en que 16% de embarazadas consumidoras de drogas ilícitas la adquirieron, sin encontrarse casos en no consumidoras.²⁷ La sífilis durante el embarazo también se ha asociado al consumo antes de los 18 años, y a tener una pareja que consume.²⁸

El ingreso al Hospital en período expulsivo del 24% de mujeres MCE podría deberse a la necesidad o deseo de continuar consumiendo hasta el momento más cercano al parto posible, sabiendo que internadas no podrían hacerlo, a presiones del

entorno violento o al bajo apoyo social. Estos dos últimos factores son reiterados en estudios de embarazadas consumidoras de DI.^{8,10} Otro factor que podría relacionarse con la demora en concurrir al Hospital, es el estado mental de estas mujeres, usualmente alterado en consumidoras de DI.^{9,10} Pero particularmente las consumidoras durante el embarazo suelen tener una incidencia significativamente mayor de enfermedad mental que las no consumidoras.^{2,11,19} Sin embargo, en este estudio, sólo 2/29 MCE tenían diagnóstico de "adicción a drogas", a pesar de tener tiempos de consumo en algunos casos muy prolongados, y varias consultas de emergencia e internaciones por problemas relacionables con drogas.

Posiblemente estas mujeres no tengan un diagnóstico de enfermedad mental por no haber sido suficientemente evaluadas. Todas las MCE habían egresado del Servicio de Neonatología con turno para psicología y subsecretaría de adicciones provincial luego de la detección de DI en orina.⁵ No se evaluaron esas consultas en particular, pero, como se mostró en resultados, durante los 4 años posteriores al parto la concurrencia a consultas médicas programadas fue escasa, significativamente menor que las MNCE. Este dato concuerda con otras descripciones: las consumidoras de DI son mujeres con baja adhesión a los controles de embarazo, y llevan a sus hijos a pocos controles de salud.^{4,5,12,17}

Los datos sobre mayores consultas por emergencias tanto médicas como odontológicas, y de mayor número de internaciones en mujeres MCE respecto de MNCE, son inéditos. Esta demanda particular de servicios de salud constituye un alerta para la Salud Pública.

La mayoría de las consultas en emergencias y de internaciones en MCE fueron por traumatismos. En un estudio de millones de pacientes internados por lesiones traumatológicas en Estados Unidos entre 2002 y 2011, los consumidores de DI presentaron mayores efectos adversos y requirieron más tiempo de internación que los no consumidores, aspectos no evaluados en este estudio.²⁹ Pese a no tener criterios de detección (y por lo tanto, sin haberse realizado prueba de drogas), las mujeres seleccionadas como grupo de comparación, podrían haber consumido. Este factor podría afectar los resultados disminuyendo las diferencias entre grupos. Para la mayoría de los resultados expuestos, hay muchas preguntas sin respuesta: ¿cuál es la influencia de cada droga, o del conjunto?, la mayoría de las consultas en emergencias e internaciones, la morbilidad y mortalidad aumentadas, ¿son causados por las drogas consumidas?, ¿por cuál de ellas?, ¿o por la violencia preexistente o actual?, ¿o por los otros factores de riesgo?, y ¿se trata de efectos sumatorios o exponenciales?

Sin embargo, los resultados tienen relevancia para la práctica diaria y la gestión. Se deberían planear nuevos abordajes de las mujeres consumidoras (y de sus familias), superando el actual enfoque de citar a consultas programadas, dada la menor concurrencia a controles programados que muestra este estudio en comparación con no consumidoras. Además, sería importante lograr un seguimiento de la salud mental de las mujeres, abordando el consumo de drogas y los factores de riesgo concomitantes.

Conclusión

Las mujeres consumidoras de cocaína y/o cannabis durante el embarazo presentaron mayores antecedentes de violencia y enfermedad, de consultas médicas y odontológicas de emergencia, de internación y muertes violentas en el grupo familiar, que las no consumidoras. Los traumatismos constituyeron la principal causa de consulta e internación. En las variables evaluadas, las diferencias entre consumidoras y no consumidoras del embarazo fueron significativas.

Conflictos de interés

Ninguno

Fuentes de Financiamiento

Financiación: Beca Salud Investiga 2017 "Dr. Abraam Sonis", Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Investigación para la Salud.

Derecho publicación

El manuscrito aquí presentado no ha sido publicado en forma total o parcial, ni enviado a otra revista o medio para su publicación o evaluación

Bibliografía

- Chang JC, Holland CL, Tarr JA, Rubio D, Rodriguez KL, Kraemer KL, Day N, Arnold RM. Perinatal Illicit Drug and Marijuana Use. *Am J Health Promot.* 2017 Jan;31(1):35-42. doi: 10.4278/ajhp.141215-QUAL-625.
- Chiandetti A, Hernandez G, Mercadal-Hally M, Alvarez A, Andreu-Fernandez V, Navarro-Tapia E, Bastons-Compta A, Garcia-Algar O. Prevalence of prenatal exposure to substances of abuse: questionnaire versus biomarkers. *Reprod Health.* 2017 Oct 25;14(1):137. doi: 10.1186/s12978-017-0385-3.
- Roca Comas A, Vila Domènech JS, Massa Solé J, Timoneda Paz P, Peñas Boira M, Herrero Espinet FJ, Sánchez Jiménez J, Ballester Martínez A. Prevalence of illicit drug use at the end of pregnancy: a cross-sectional study at the time of birth. *Minerva Pediatr.* 2020 Feb;72(1):37-44. doi: 10.23736/S0026-4946.17.04664-3.
- Magri R, Míguez H, Parodi V, "et al". Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas. *Arch. Pediatr. Urug.* 2007;78(2): 122-132.
- Villarreal Marina, Ré Silvina. Detección de drogas ilícitas en la orina en el Servicio de Neonatología, Hospital Molas. *Arch. argent. pediatr.* 2013;111(3): 232-6.
- García- Algar O, Vall Combelles O, Puig Solab C, Mur Sierra A, Scaravellid G, Pacificie G, Monleón Getino T, Pichinie S. Exposición prenatal a drogas de abuso a través del análisis de meconio en una población de bajo nivel socioeconómico en Barcelona. *An Pediatr (Barc).* 2009;70(2):151-158. doi: 10.1016/j.anpedi.2008.08.008.
- Goel N, Beasley D, Rajkumar V, Banerjee S. Perinatal outcome of illicit substance use in pregnancy--comparative and contemporary socio-clinical profile in the UK. *Eur J Pediatr.* 2011 Feb;170(2):199-205. doi: 10.1007/s00431-010-1284-6.
- García García J, Campistol Mas E, López-Vilchez MÁ, Morcillo Buscato MJ, Mur Sierra A. Análisis del maltrato prenatal en Cataluña entre los años 2011 y 2014 [Analysis of prenatal abuse in catalonia between the years 2011 and 2014]. *An Pediatr (Barc).* 2018 Mar;88(3):150-159. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2017.04.011.
- Onah MN, Field S, van Heyningen T, Honikman S. Predictors of alcohol and other drug use among pregnant women in a peri-urban South African setting. *Int J Ment Health Syst.* 2016 May 4;10:38. doi: 10.1186/s13033-016-0070-x.
- Rocha PC, Britto e Alves MT, Chagas DC, Silva AA, Batista RF, Silva RA. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA [Prevalence of illicit drug use and associated factors during pregnancy in the BRISA cohort]. *Cad Saude Publica.* 2016;32(1):S0102-311X2016000100707. doi:10.1590/0102-311X00192714
- Serino Ma D, Peterson Md BS, Rosen Md TS. Psychological Functioning of Women Taking Illicit Drugs during Pregnancy and the Growth and Development of Their Offspring in Early Childhood. *J Dual Diagn.* 2018 Jul-Sep;14(3):158-170. doi: 10.1080/15504263.2018.1468946.
- Oga EA, Mark K, Coleman-Cowger VH. Cigarette Smoking Status and Substance Use in Pregnancy. *Matern Child Health J.* 2018 Oct;22(10):1477-1483. doi: 10.1007/s10995-018-2543-9.
- Proctor LJ, Lewis T, Roesch S, Thompson R, Litrownik AJ, English D, Arria AM, Isbell P, Dubowitz H. Child maltreatment and age of alcohol and marijuana initiation in high-risk youth. *Addict Behav.* 2017 Dec;75:64-69. doi: 10.1016/j.addbeh.2017.06.021.
- Gunn JK, Rosales CB, Center KE, Nuñez A, Gibson SJ, Christ C, Ehiri JE. Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2016 Apr 5;6(4):e009986. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009986.
- Bonello MR, Xu F, Li Z, Burns L, Austin MP, Sullivan EA. Mental and behavioral disorders due to substance abuse and perinatal outcomes: a study based on linked population data in New South Wales, Australia. *Int J Environ Res Public Health.* 2014 May 8;11(5):4991-5005. doi: 10.3390/ijerph110504991.
- Forray A, Merry B, Lin H, Ruger JP, Yonkers KA. Perinatal substance use: a prospective evaluation of abstinence and relapse. *Drug Alcohol Depend.* 2015 May 1;150:147-55. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.02.027.
- Villarreal M, Belmonte V, Abdala A, Olivares JL. Trayectorias sanitarias durante 4 años de niños expuestos prenatalmente a cocaína y/o cannabis. Estudio de cohorte retrospectivo en La Pampa, Argentina. *Arch Argent Pediatr.* 2019 Dec 1;117(6):360-367. doi: 10.5546/aap.2019.eng.360
- Kendler KS, Ohlsson H, Svikis DS, Sundquist K, Sundquist J. The Protective Effect of Pregnancy on Risk for Drug Abuse: A Population, Co-Relative, Co-Spouse, and Within-Individual Analysis. *Am J Psychiatry.* 2017 Oct 1;174(10):954-962. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16091006.
- Coleman-Cowger VH, Oga E, Peters EN, Mark K. Prevalence and associated birth outcomes of co-use of Cannabis and tobacco cigarettes during pregnancy. *Neurotoxicol Teratol.* 2018;68:84-90. doi: 10.1016/j.ntt.2018.06.001.
- Alvarez-Alonso MJ, Jurado-Barba R, Martinez-Martin N, Espin-Jaime JC, Bolaños-Porrero C, Ordoñez-Franco A, Rodriguez-Lopez JA, Lora-Pablos D, de la Cruz-Bértolo J, Jimenez-Arriero MA, Manzanares J, Rubio G. Association between maltreatment and polydrug use among adolescents. *Child Abuse Negl.* 2016 Jan;51:379-89. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.07.014.

21. Mills R, Kisely S, Alati R, Strathearn L, Najman JM. *Child maltreatment and cannabis use in young adulthood: a birth cohort study.* *Addiction.* 2017 Mar;112(3):494-501. doi: 10.1111/add.13634.
22. Mendoza-Meléndez MÁ, Cepeda A, Frankeberger J, López-Macario M, Valdez A. *History of child sexual abuse among women consuming illicit substances in Mexico City.* *J Subst Use.* 2018;23(5):520-527. doi: 10.1080/14659891.2018.1489478.
23. Johri M, Morales RE, Boivin JF, Samayoa BE, Hoch JS, Grazioso CF, Barrios Matta IJ, Sommen C, Baide Diaz EL, Fong HR, Arathoon EG. *Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study.* *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011 Jul 6;11:49. doi: 10.1186/1471-2393-11-49.
24. Martin SL, Beaumont JL, Kupper LL. *Substance use before and during pregnancy: links to intimate partner violence.* *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2003;29(3):599-617. doi: 10.1081/ada-120023461.
25. Olley BO, Seedat S, Gxamza F, Reuter H, Stein DJ. *Determinants of unprotected sex among HIV-positive patients in South Africa.* *AIDS Care.* 2005 Jan;17(1):1-9. doi: 10.1080/095401204123315089.
26. Choenni V, Hammink A, van de Mheen D. *Association Between Substance Use and the Perpetration of Family Violence in Industrialized Countries: A Systematic Review.* *Trauma Violence Abuse.* 2017;18(1):37-50. doi: 10.1177/1524838015589253.
27. Oliveira TA, Bersusa AA, Santos TF, Aquino MM, Mariani Neto C. *Perinatal Outcomes in Pregnant Women Users of Illegal Drugs.* *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016 Apr;38(4):183-8. doi: 10.1055/s-0036-1580710.
28. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. *Risk factors for syphilis in women: case-control study.* *Rev Saude Publica.* 2017 Aug 17;51:78. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007066.
29. Babatunde VD, Menendez ME, Ring D. *Does Illicit Drug Use Influence Inpatient Adverse Events, Death, Length of Stay, and Discharge After Orthopaedic Trauma?* *J Surg Orthop Adv.* 2016; 25(1):41-8.