



**GMD** Facultad Cs. Médicas  
Biblioteca  
  
TFEM 2814

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE POSTGRADO EN PEDIATRÍA

**"Consumo de cannabis y cocaína en el embarazo:  
Frecuencia y complicaciones neonatales detectadas en Hospital  
Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria."**

- Carrerista: Lovagnini Baldó, Sabrina
- Tutora: Dra. Polverigiani, Guillermina (Pediatra)
- Co-tutora: Dra. Amigone, Maria (Pediatra)
- Centro formador: Hospital Escuela Eva Perón - Granadero Baigorria -

Septiembre 2025

## Índice:

Abreviaturas.....	2
Introducción.....	3
Objetivos.....	5
Marco Teórico.....	6
Material y Métodos.....	19
Resultados.....	22
Discusión.....	29
Conclusión.....	33
Bibliografía.....	36
Anexo.....	40

**Abreviaturas:**

APEG: Alto peso para la edad gestacional

BPEG: Bajo peso para la edad gestacional

EG: Edad gestacional

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAEG: Peso adecuado para la edad gestacional

RN: Recién nacido

RMN: Resonancia Magnética Nuclear

RNPT: Recién nacido pretérmino

RNT: Recién nacido a término

SAN: Síndrome de Abstinencia Neonatal

SAP: Sociedad Argentina de Pediatría

SENEO: Sociedad Española de Neonatología

SIP: Sistema Informático Perinatal

SNC: Sistema nervioso central

TAC: Tomografía Axial Computarizada

## **Introducción:**

El consumo problemático de sustancias psicoactivas durante el embarazo, con especial énfasis en cannabis y cocaína, constituye una problemática de salud pública que ha adquirido creciente relevancia en los últimos años, incluyendo el contexto argentino. El impacto de este fenómeno en la salud de las personas gestantes y de los recién nacidos es motivo de preocupación en ámbitos sanitarios, dado que se asocia a complicaciones neonatales como bajo peso al nacer, prematuridad, síndrome de abstinencia neonatal (SAN) y malformaciones congénitas. En la maternidad del Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria, Santa Fe, donde se producen alrededor de 100 nacimientos mensuales, se ha observado un aumento en el consumo de cannabis y cocaína entre las personas gestantes. Esto ha motivado la realización del presente trabajo final de posgrado.

El objetivo principal de este trabajo es analizar la frecuencia del consumo problemático de cannabis y cocaína durante el embarazo, así como las complicaciones neonatales observadas en el puerperio inmediato, focalizándose en los nacimientos registrados en el Hospital Eva Perón entre agosto de 2021 y agosto de 2024.

El análisis realizado pretende aportar información útil para dimensionar la problemática creciente, lo que resalta la importancia de conocer datos locales para en un futuro generar estrategias interdisciplinarias para abordarla y prevenir complicaciones.

Para alcanzar dichos objetivos, se determinó la frecuencia de madres con antecedentes de consumo de cannabis y cocaína durante el embarazo en la maternidad, identificando el número de madres con toxicología positiva en orina y el porcentaje correspondiente a cada sustancia durante el período estudiado. Además, se documentan las complicaciones neonatales más frecuentemente asociadas al consumo problemático (bajo peso, prematuridad, SAN, malformaciones) y se explora la proporción de embarazos controlados y no controlados ante la constatación de que la falta de seguimiento prenatal suele

correlacionar con peores resultados.

Hasta el momento, existe un creciente cuerpo de estudios que documentan los efectos adversos del consumo de sustancias durante el embarazo, tanto en el contexto local como internacional. Investigaciones en Argentina evidencian la relevancia del policonsumo —incluyendo tabaco y alcohol— y las brechas en el acceso a controles prenatales, factores que incrementan los riesgos perinatales. Estudios realizados observan que el consumo ha aumentado en mujeres embarazadas tal como señalan Beisel (1), Fernández et al. (2) y Díez et al.(3). Este fenómeno ha generado diversas problemáticas en el sistema de salud y se han encontrado pocos trabajos de investigación similares en la ciudad de Rosario o zona para poder documentar con valores objetivos el problema y realizar la comparativa del mismo.

Sin embargo, la disponibilidad de literatura específica sobre este problema en escenarios locales como el de Santa Fe sigue siendo limitada, motivo que refuerza la importancia de esta investigación en el campo de la salud materno-infantil.

## **Objetivos:**

### Objetivo Principal:

Determinar la frecuencia del consumo problemático de cannabis y cocaína durante el embarazo y sus complicaciones neonatales en el puerperio inmediato, en los nacimientos desde agosto del 2021 hasta agosto de 2024 en el Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria.

### Objetivos Secundarios:

- Determinar en qué momento del embarazo se detectó el consumo: controles prenatales, interrogatorio en parto, o en orina para tóxicos solicitados por clínica sugerente;
- Determinar cantidad de embarazos controlados vs no controlados;
- Determinar las características socioculturales de las madres con consumo de cannabis y cocaína: edad, educación;
- Determinar cantidad de madres que egresan con inhibición de lactancia;
- Determinar la presencia de policonsumo de alcohol, tabaco u otras drogas, en madres que consumieron cocaína y cannabis;

## **Marco Teórico:**

El consumo de sustancias durante el embarazo representa una problemática que impacta tanto en la salud materno-infantil como en las políticas públicas de prevención y atención. La epidemiología, los patrones de uso y los factores de riesgo conforman un marco esencial para entender la magnitud y las particularidades de esta problemática en Argentina, permitiendo diseñar intervenciones más efectivas en un contexto de creciente vulnerabilidad. Este análisis contextual es fundamental para comprender las complejidades abordadas posteriormente donde se exploran los efectos, complicaciones neonatales y estrategias de detección y diagnóstico

## **Glosario:**

Droga: Para la Organización Mundial de la Salud (OMS 4), es toda sustancia –o fármaco– que, introducida en el organismo, es capaz de modificar una o más funciones de éste. Este criterio puede incluir cualquier sustancia, incluso alimentos y bebidas.

Se debe diferenciar el concepto droga como aquella sustancia que es capaz de modificar una o más funciones del organismo (ej. fármaco), del concepto de sustancia psicoactiva, en tanto produce alteraciones en el sistema nervioso central (SNC).

Legal: toda sustancia admitida por la sociedad que forma parte de las costumbres (alcohol, tabaco, y las utilizadas por la medicina como los psicofármacos y barbitúricos)

Illegal: toda sustancia que está social y legalmente prohibida, lo que implica una actitud severa hacia su consumo (cocaína, marihuana, opiáceo, heroína, anfetaminas, Benzodiacepina no recetadas)

Sustancia psicoactiva Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 5), una sustancia psicoactiva es aquella que, al ser consumida, puede modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. Las sustancias psicoactivas pueden clasificarse, según su efecto en el sistema nervioso central, en tres grandes grupos: depresoras, estimulantes y alucinógenas.

- **Depresoras:** Disminuyen o retardan el funcionamiento del sistema nervioso central. Producen alteración de la concentración y, en ocasiones, del juicio; disminuyen la apreciación de los estímulos externos y provocan relajación, sensación de bienestar, sedación, apatía y disminución de la tensión.
- **Estimulantes:** Aceleran la actividad del sistema nervioso central provocando euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, menor fatiga, disminución del sueño, excitación motora, inquietud.
- **Alucinógenas:** Producen distorsiones en las sensaciones, alterando marcadamente el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Incluyen sustancias de una amplia variedad de fuentes naturales o sintéticas, y son estructuralmente diferentes. El consumo de este tipo de sustancias puede generar una dependencia, además de una pérdida del control de su uso. Todo ello tiene consecuencias de tipo físico, psicológico y social.

Efectos	Sustancias
Depresoras	Alcohol. Opioides: Heroína, Morfina, Metadona.
Estimulantes	Estimulantes mayores: anfetaminas y cocaína. Estimulantes menores: nicotina, cafeína.
Alucinógenas	LSD, mescalina, peyote. Derivados del cannabis: hachís, marihuana.

Uso de sustancia: consumo de la sustancia en forma aislada (sin razones particulares); la vida de la persona así como sus relaciones no se encuentran dañadas, se define como aquel patrón de consumo en el que, por la cantidad, por la frecuencia, no implica consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre el entorno después del consumo.

Abuso de sustancia: el consumo tiene una frecuencia sistemática, es el uso regular de la droga donde existen episodios de intoxicación. La persona busca la sustancia; aparecen perturbaciones en su vida, en la relación con los otros, con las obligaciones.

Consumo problemático son aquellas que comprenden que tienen un problema de salud (ya sea con consumo excesivo, persistente, esporádico o recurrente), de una o más sustancias

psicoactivas, que registran problemas sociales, laborales, psicológicos o físicos, y que pueden pedir la atención profesional especializada, expresamente y sin intermediarios (2).

Recién nacido prematuro:

Nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. Protocolos SENEOLIBRO, 2023 (6).

Clasificación según peso al nacer:

RN bajo peso: <2500 gr;

RN muy bajo peso: <1500 gr;

RN de extremado bajo peso: <1000 gr (6)

Clasificación según EG y peso al nacer (Curvas de crecimiento de Fenton 2013):

Peso adecuado para la EG (PAEG): percentil 10-90;

Bajo peso para la EG (BPEG): percentil <10;

Alto peso para el EG (APEG): percentil >90 (6)

Controles prenatales:

El Control Prenatal Adecuado (o Embarazo Controlado) se define como el conjunto de acciones y procedimientos médicos sistemáticos y periódicos destinados a la promoción de la salud materna y fetal. Los criterios clave para considerar un control como adecuado: inicio precoz (idealmente antes de la semana 13 de gestación), periodicidad (cumpliendo con el número mínimo de consultas según la edad gestacional) y calidad (realización de exámenes de laboratorio, ecografías y detección de riesgos, incluido el consumo problemático de sustancias). Por el contrario, un embarazo no controlado o con Control Prenatal Inadecuado implica la ausencia de estos controles o un número insuficiente de ellos, lo que se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad perinatal, como se detalla más adelante en este trabajo.

## **Epidemiología en Argentina**

El consumo problemático de cannabis y cocaína durante el embarazo está estrechamente asociado con una mayor incidencia de complicaciones neonatales, como bajo peso al nacer, prematuridad, síndrome de abstinencia neonatal (SAN) y malformaciones congénitas. Este vínculo se encuentra ampliamente respaldado por estudios clínicos y toxicológicos llevados a cabo tanto en Argentina como en otras regiones de América Latina. Por ejemplo, investigaciones realizadas en el país registran hasta un 2,6% de positividad a cocaína y un 5,3% a cannabis en neonatos testados, datos que reflejan la magnitud del problema sanitario y social (1)(7). Sin embargo, estas cifras podrían estar subestimadas debido a la falta de tamizajes sistemáticos. Para enfrentar esta problemática, resulta crucial profundizar en la implementación de estrategias preventivas y en el desarrollo de programas de detección precoz que permitan identificar y abordar oportunamente los factores de riesgo. En la revisión de Villarreal et al. (8), se pudo ver que el 40% de los resultados positivos se dio en casos con criterios de sospecha.

La prevalencia del consumo de cannabis en mujeres aumentó del 4,7% en 2010 al 13,9% en 2017, y el consumo de cocaína se triplicó entre el 2010 y el 2017, pasando del 0,8% al 2,6% (3). El consumo de estas sustancias se asocia a un incremento en los daños perinatales, tales como el parto pretérmino, el bajo peso al nacer o el síndrome de abstinencia neonatal. Un dato relevante es que, en Argentina, el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso fue del 7,9% en 2022 (9), lo cual podría estar relacionado con el aumento del consumo registrado en años anteriores.

En los hospitales públicos, la prevalencia del consumo general de sustancias ilegales es del 1,83% en mujeres gestantes, con mayor frecuencia de consumo de cannabis y cocaína en la muestra analizada de díadas madre-RN. El consumo de estas sustancias frecuentemente se ve acompañado por el de tabaco, en un 85,5% de los casos, y por el de alcohol, en un 33,3% de los casos, lo que incrementa el riesgo de complicaciones neonatales y disminuye la eficacia de las intervenciones preventivas (3). Estos resultados ponen en evidencia la

necesidad de intervenciones más amplias y la importancia de un abordaje integral de la salud materno-fetal.

En Argentina, en el año 2022, se registraron 495.295 nacidos vivos. De este total, el 9% correspondió a madres adolescentes (menores de 20 años) (9). La caracterización demográfica del consumo problemático durante el embarazo indica que esta problemática no se limita a la adolescencia, sino que compromete más a la adultez joven (3), un grupo vulnerable con un menor acceso a controles prenatales, la falta de planificación familiar y una mayor exposición a contextos de violencia y pobreza. Este contexto agrava las secuelas físicas y emocionales tanto en la madre como en la descendencia, lo que refuerza la necesidad de políticas públicas focalizadas que aborden tanto las causas estructurales como las intervenciones en el ámbito sanitario.

El alto nivel de policonsumo entre las personas gestantes que usan cannabis o cocaína acentúa aún más los riesgos obstétricos y neonatales. Hasta un 93% de estas personas declara un consumo concomitante de tabaco y/o alcohol, lo que incrementa la probabilidad de complicaciones maternas y neonatales debido a los efectos sinérgicos de estas sustancias (8). Este panorama subraya la necesidad de fomentar controles prenatales regulares que permitan no solo la monitorización de la salud materna y fetal, sino también la detección de conductas de riesgo y el acompañamiento interdisciplinario.

La deficiencia o ausencia de controles prenatales constituye un factor recurrente entre las personas gestantes que presentan consumo problemático de sustancias. Estudios nacionales han identificado que más de la mitad de estas personas carecen de controles prenatales adecuados, lo que implica una detección tardía de complicaciones y limita severamente las posibilidades de intervención preventiva (1). Este problema no solo afecta el bienestar fetal y neonatal, sino que también se traduce en mayores costos para el sistema sanitario debido a la necesidad de atención médica especializada. Por lo tanto,

garantizar el acceso universal a los controles prenatales debe ser una prioridad en las políticas públicas de salud.

Los avances en métodos de detección toxicológica han facilitado la identificación de casos de exposición fetoneonatal a cannabinoides y cocaína. En la provincia de Córdoba, la positividad a cocaína alcanzó un 21,4% en muestras de cabello neonatal, destacando la importancia de realizar un cribado más sistemático en maternidades de referencia (11). Estos resultados son indicativos no sólo de la prevalencia del consumo, sino también de la utilidad de métodos diagnósticos que permitan una evaluación más precisa y exhaustiva. Sin embargo, la aplicación rutinaria de estas técnicas aún enfrenta barreras logísticas y económicas, lo que resalta la importancia de asignar recursos adecuados para su implementación generalizada.

### **Patrones de Consumo y Factores de Riesgo**

El consumo de drogas ilegales en personas gestantes se incrementó exponencialmente entre los años 2010 y 2017. En este período, el consumo de cannabis casi se triplicó (4,7% a 13,9%) y el consumo de cocaína se triplicó (0,8% a 2,6%) (3). Si bien el consumo de estas sustancias es mayor en personas gestantes jóvenes que en el resto de la población, estos datos demuestran que un problema que antes era excepcional, actualmente resulta visible en la etapa perinatal. El incremento del consumo de estas sustancias se traduce en mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y síndrome de abstinencia neonatal, dejando a la persona gestante y a su feto en una situación de mayor vulnerabilidad. Es importante señalar que el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas suele darse de manera simultánea, lo que configura un patrón de policonsumo. La detección de sustancias psicoactivas en estudios realizados en hospitales públicos argentinos revela una prevalencia general del uso de sustancias psicoactivas ilícitas del 1,83%, con predominio del consumo de cannabis y cocaína detectado en díadas madre-recién nacido, y una fuerte

coexistencia con el consumo de tabaco y alcohol, lo que complejiza los escenarios de riesgo (8). Es por esto que el abordaje de esta problemática debe ser integral, ya que la intervención unidimensional de la salud no logra resolver este problema que se complejiza cada día.

En cuanto a los factores sociodemográficos, se destaca la influencia que tienen la edad, el nivel educativo, el estado civil y la situación socioeconómica en la prevalencia del consumo problemático de sustancias durante el embarazo (10). Las personas gestantes más jóvenes y con menor nivel educativo, estado civil soltero y menor situación económica consumen mayor cantidad de sustancias durante el embarazo (10), es por eso que las personas gestantes adolescentes y menores de 25 años son las más vulnerables.

Además, en la población adolescente argentina, que tiene una gran precarización laboral y pobreza, el consumo de sustancias se utiliza como vía de escape de una realidad vulnerable, por lo tanto, para la prevención y el abordaje del consumo problemático de sustancias durante el embarazo se requiere no solo el abordaje de los aspectos relacionados con la salud, sino también trabajar sobre las cuestiones sociodemográficas y su influencia en el consumo (12).

### **Efectos de Cocaína y Cannabis**

El consumo de cocaína durante el embarazo produce múltiples efectos adversos directos en el desarrollo neonatal. Entre los principales hallazgos se destacan el bajo peso al nacer, los partos prematuros y la disminución del perímetro cefálico, indicadores claros de un impacto negativo en el crecimiento intrauterino. Además, se han documentado alteraciones cardíacas y pulmonares, así como un incremento en el riesgo de malformaciones congénitas. Esto se debe, en gran parte, a la capacidad de la cocaína para atravesar la barrera placentaria con facilidad, alcanzando al feto en una proporción elevada respecto a la

concentración registrada en la persona gestante, lo que incrementa significativamente la toxicidad fetal. Investigaciones indican que esta exposición placentaria puede llegar al 80% de la concentración plasmática materna, lo cual eleva de manera directa los riesgos de complicaciones graves (13) (14). En un estudio de análisis bibliográfico realizado por la Academia Americana de Salud en el año 2007, se estudiaron, entre otros factores, las drogas de consumo y su relación con las cardiopatías congénitas. En cuanto al consumo de cocaína y de cannabis, estudios han demostrado su relación con malformaciones principalmente del tabique interventricular (15).

Las secuelas neonatales más usuales, entre las que destacan el bajo peso al nacer y la reducción del perímetro cefálico, reflejan obstáculos importantes para el desarrollo físico y neurológico del recién nacido, con posibles consecuencias de largo alcance. Se han observado alteraciones específicas en la maduración pulmonar, así como malformaciones cardíacas significativas, las cuales resaltan la diversidad y gravedad de las afecciones orgánicas que puede generar la exposición prenatal a cocaína. Por otro lado, el consumo de esta sustancia durante el embarazo también se asocia con una mayor incidencia de partos pretérmino, una complicación que no solo intensifica la morbilidad neonatal, sino que también puede requerir hospitalizaciones prolongadas en unidades de cuidados intensivos, aumentando de forma considerable el impacto sanitario y social (14).

Una característica distintiva de la cocaína es su efecto vasoconstrictor, que puede provocar hipoxia fetal y lesiones isquémicas en órganos críticos del feto. Este mecanismo es una de las razones por las cuales la cocaína se asocia más frecuentemente con complicaciones neonatales agudas en comparación con otras sustancias. La relación dosis-respuesta entre el consumo materno y la gravedad de las alteraciones neonatales está ampliamente documentada. Un consumo más frecuente o en mayores cantidades incrementa la posibilidad de desarrollar un síndrome de abstinencia neonatal (SAN), cuyos síntomas

incluyen irritabilidad, temblores, dificultades alimentarias y, en casos severos, convulsiones. Estos signos ameritan una intervención médica inmediata y prolongan la estancia hospitalaria, representando además un desafío diagnóstico por la limitada sensibilidad de los métodos actualmente disponibles para detectar el consumo de sustancias psicoactivas en recién nacidos (1) (13).

El diagnóstico y tratamiento del SAN requiere atención especializada y multidisciplinaria debido a la variabilidad en la respuesta clínica de los neonatos. Factores como la prematuridad y el consumo simultáneo de otras sustancias pueden agravar los síntomas y dificultar la recuperación. Aunque se han identificado tasas de incidencia del SAN superiores al 40% en muestras hospitalarias con exposición a drogas de abuso, estas cifras podrían estar subestimadas debido al subregistro y la falta de criterios diagnósticos uniformes. A pesar de esta problemática, la evidencia apoya la necesidad de estrategias preventivas dirigidas a la detección temprana y la reducción paulatina del consumo de sustancias durante el embarazo, ya que incluso niveles moderados de consumo pueden conducir a daños irreversibles en el desarrollo del feto (1)(13).

En cuanto a los patrones de consumo, estudios realizados en Argentina reflejan un aumento sostenido en la prevalencia del uso de cocaína en personas gestantes entre 2010 y 2017. Esta sustancia ocupa el segundo lugar entre las drogas ilícitas más consumidas, después del cannabis, y su prevalencia se triplicó en ese período, pasando de 0,8% a 2,6%. Este incremento coincide con una tendencia general de policonsumo, donde la cocaína se combina frecuentemente con tabaco y alcohol, potenciando los riesgos para la salud perinatal (3). La invisibilidad y el subregistro del consumo de cocaína durante el embarazo, muchas veces debido al estigma social y al miedo a represalias legales o sociales, dificultan aún más los esfuerzos de diagnóstico y tratamiento oportuno por parte del sistema de salud.

Por otro lado, el consumo de cannabis durante el embarazo ha mostrado un aumento

considerable en los últimos años, con su prevalencia duplicándose entre 2010 y 2017 en mujeres argentinas. Aunque generalmente se percibe como menos dañino en comparación con otras sustancias ilícitas, el cannabis también genera riesgos significativos para el desarrollo fetal. Se ha documentado que la exposición prenatal a cannabis puede alterar la organización neurocognitiva del feto, afectando funciones como la memoria, la atención y el rendimiento académico en etapas posteriores de la vida. Estos efectos son frecuentemente subestimados, aunque la investigación revela que incluso exposiciones de baja intensidad pueden tener un impacto adverso notable, incluyendo retrasos en el desarrollo neuromotor y conductual (3)(14).

La normalización cultural del consumo de cannabis, que se refleja en percepciones erróneas de que su uso durante el embarazo es relativamente seguro, dificulta la implementación de medidas preventivas eficaces. Esta situación se ve agravada por la falta de campañas informativas específicas que destaquen los riesgos asociados al consumo de esta sustancia durante la gestación (3)(14).

Los riesgos neonatales asociados al consumo de cocaína y cannabis se ven exacerbados por factores contextuales, como la precariedad laboral, el bajo nivel educativo y las limitaciones en el acceso a servicios de salud. Estas condiciones estructurales no solo aumentan la probabilidad de consumo problemático, sino que también restringen las oportunidades de diagnóstico temprano e intervención oportuna. La coexistencia del consumo de sustancias con otros factores adversos, como la violencia intrafamiliar y la falta de redes de apoyo, refuerza la necesidad de un abordaje integral que contemple tanto las dimensiones biomédicas como las sociales de esta problemática (1)(3)(14).

### **Métodos de Screening**

Los métodos de detección de consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo constituyen una herramienta fundamental para identificar casos de exposición fetal y

garantizar intervenciones oportunas. La entrevista materna es uno de los métodos más utilizados debido a su especificidad del 100% para la detección de cocaína. Sin embargo, presenta una sensibilidad limitada del 65%, lo que genera un elevado porcentaje de falsos negativos, alcanzando hasta el 55%. Este problema se origina en factores como el ocultamiento o la negación del consumo por parte de las personas gestantes, lo cual reduce la eficacia de este método para identificar la totalidad de los casos en riesgo. Además, estas limitaciones ponen de manifiesto la existencia de un fenómeno de subregistro que dificulta la comprensión real de la magnitud del problema. Para abordar estas deficiencias, es esencial implementar estrategias complementarias que aumenten la sensibilidad diagnóstica, valorando la confidencialidad y fomentando la empatía clínica durante el proceso de entrevista (13).

A pesar de su alto nivel de especificidad, el uso exclusivo de la entrevista materna no permite estimar con precisión la prevalencia total del consumo problemático de sustancias durante el embarazo, lo que compromete la capacidad de identificar neonatos en riesgo y de implementar intervenciones tempranas adecuadas. La integración de este método con otras herramientas diagnósticas puede optimizar significativamente los resultados, especialmente cuando se promueve un entorno clínico respetuoso que facilite la apertura de las personas gestantes para revelar información sobre el consumo de sustancias. Este enfoque integrado podría mejorar tanto la identificación como el abordaje preventivo y terapéutico de díadas madre-hijo en riesgo (13).

El análisis del meconio destaca como una técnica diagnóstica particularmente relevante, ya que posee una sensibilidad del 87% y una especificidad del 100%, lo que le permite detectar el consumo de sustancias durante las últimas semanas de gestación. Sin embargo, su aplicación también enfrenta limitaciones debido a la existencia de un 32% de falsos negativos, lo que implica que un número considerable de casos podría pasar desapercibido

al emplear únicamente este método. A pesar de estas restricciones, el análisis de meconio ofrece una ventaja notable en comparación con la orina, dado que el primero evalúa exposiciones más prolongadas y permite implementar políticas de detección retrospectiva en los hospitales. Esta cualidad lo convierte en un método esencial para identificar riesgos perinatales y diseñar intervenciones personalizadas. Sin embargo, la tasa de falsos negativos sugiere que su uso debe enmarcarse dentro de una estrategia diagnóstica integral que contemple otros biomarcadores y herramientas clínicas (13)(16).

La incorporación del análisis de meconio en los protocolos de detección es particularmente útil en contextos como el argentino, donde las tasas de consumo de sustancias en mujeres gestantes son preocupantes. Esta técnica debería complementarse con matrices alternativas como el pelo fetal, que ha demostrado ser efectiva para evaluar la exposición crónica a cocaína. Ejemplos locales indican que el 21,4% de las muestras analizadas de neonatos en Argentina resultaron positivas, evidenciando que esta técnica no solo amplía el rango de detección, sino que también proporciona información crucial para la evaluación de riesgos perinatales. Además, las concentraciones detectadas en el pelo, que oscilan entre 4,2 ng/mg y 10,1 ng/mg, se correlaciona frecuentemente con la presencia de complicaciones neonatales, lo cual subraya la importancia de incluir este biomarcador en investigaciones epidemiológicas y en protocolos hospitalarios (11).

Por otro lado, la detección de sustancias psicoactivas a través de análisis de orina presenta importantes limitaciones. La baja sensibilidad de este método (37%) y su corto período de detección (hasta 72 horas) restringen su efectividad en escenarios perinatales, además de generar una tasa elevada de falsos positivos (30-60%), lo que puede llevar a diagnósticos erróneos y a una estigmatización innecesaria. Estas características hacen que la orina sea insuficiente como herramienta diagnóstica independiente, especialmente en entornos con alta prevalencia de consumo. Sin embargo, cuando se utiliza como parte de una batería de

herramientas, su aplicabilidad puede optimizarse para contribuir a la identificación de casos recientes de consumo, siempre y cuando se tomen medidas adicionales para confirmar los resultados (16).

En el contexto argentino, la implementación de criterios de screening basados en historia clínica y factores de riesgo ha demostrado ser efectiva al permitir la detección de sustancias en el 40% de las díadas madre-neonato consideradas sospechosas. Según estudios recientes, el cannabis y la cocaína son las sustancias más frecuentemente identificadas en estas poblaciones, lo que refleja patrones de policonsumo que agravan los riesgos neonatales y perinatales. Este escenario resalta la necesidad de integrar herramientas como la entrevista clínica con pruebas toxicológicas para reducir los casos inadvertidos de exposición fetal. Este enfoque combinado se muestra particularmente útil en subgrupos vulnerables, como adolescentes y personas con baja escolaridad, al adaptar las estrategias de detección a sus necesidades específicas (8).

Los avances en las técnicas de detección han permitido mejorar la identificación de casos de consumo problemático, pero los métodos actuales todavía presentan limitaciones significativas. La necesidad de protocolos más integrales que incluyan matrices múltiples —tales como meconio, orina y pelo—, junto con entrevistas motivacionales y un personal capacitado, es crítica para garantizar la detección precoz de exposiciones fetales. La capacitación continua de los equipos de salud es esencial para fortalecer estos procesos, ya que fomenta la reducción del estigma, mejora los resultados del diagnóstico precoz y facilita intervenciones más efectivas y holísticas (8)(11)(13).

## Material y Métodos

Diseño descriptivo, transversal y retrospectivo. Se recopiló información del departamento de estadística sobre los nacimientos en el Hospital Escuela Eva Perón entre agosto de 2021 y agosto de 2024.

Con la autorización del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Escuela Eva Perón, se solicitaron historias clínicas al departamento de archivo y se analizaron los registros médicos que mostraban madres con antecedente de consumo de cocaína y/o cannabis referidos en sus controles perinatales, así como también el registro médico de sus recién nacidos. Además se sumaron al análisis las historias clínicas donde algún integrante del binomio madre-recién nacido presentó síntomas de excitación psicomotriz o abstinencia. El servicio de Neonatología y secretaria de Maternidad utilizan El Sistema Informático Perinatal (SIP) de la Organización Panamericana de la Salud dicho sistema es un estándar para el registro clínico de la atención en servicios de salud de atención de la mujer, en el embarazo, parto y al recién nacido, lo que ayudó al filtro de información para obtención de números de historias clínicas.

Los tóxicos en orina que se solicitan en dicho hospital se realizan mediante inmunocromatografía competitiva dando como resultados positivos o negativos de cocaína, cannabis, benzodiazepinas, barbitúricos, anfetaminas y opiáceos.

Las variables estudiadas fueron las siguientes :

- Variables Maternas: Edad, Nivel educativo alcanzado, Antecedente referido de consumo de “drogas” en carnet perinatal, consumo referido al momento el nacimiento, presencia o no de controles prenatales, solicitud de tóxicos en orina y sus resultados, cantidad de policonsumo, inhibición de lactancia.

- Variables del recién nacido: Edad gestacional, peso al nacer, estudios realizados con sus resultados, y complicaciones neonatales encontradas tales como prematuridad, bajo peso, síndrome de abstinencia y malformaciones.

Se utilizaron filtros del Sistema Informático Perinatal (SIP) para la obtención de datos, garantizando la anonimización de la información.

El análisis de los datos obtenidos fue realizado en Microsoft Excel.

Para analizar las respuestas obtenidas se empleó estadística descriptiva, a partir del cálculo de frecuencias absolutas y relativas porcentuales, representados en gráficos.

Con respecto al contexto institucional y la dinámica entre los servicios en los años que abarca este estudio:

Gineco-Obstetricia y Pediatría del Hospital Escuela Eva Perón no cuentan con un protocolo formalmente escrito para el abordaje, pero sí hubo reuniones interdisciplinarias donde se acordó la forma de trabajo.

Las madres son evaluadas, al momento de su ingreso, a través de interrogatorio dirigido y de la lectura del carnet perinatal. En los casos en que se sospechen y/o detecten madres con consumo de drogas, el Servicio de Gineco-Obstetricia solicita orina para tóxicos y debe informar a Pediatría. De acuerdo con los resultados este servicio solicita ecografías (principalmente a hijos de madre cocainómana) y se contraindica inicialmente la lactancia materna. La decisión de inhibir la lactancia es evaluada de manera interdisciplinaria.

El Servicio de Neonatología 3B cuenta con un protocolo desde julio del 2023 sobre el manejo de hijo de madre con consumo problemático de sustancias. **(anexo I)**

Además, de forma sistemática, se solicita interconsulta con los servicios de Salud Mental y Trabajo Social para un abordaje interdisciplinario.

### Criterios de Inclusión:

- Madres con antecedente de consumo problemático de cannabis y/o cocaína durante el embarazo referidos y/o confirmados
- Recién nacidos a término, en internación conjunta cuyas madres presentan antecedentes de consumo de dichas sustancias durante el embarazo.
- Recién nacidos pre-término, internados en el Servicio de Neonatología, con antecedente materno de consumo de cannabis y/o cocaína..
- Neonatos que presenten signos y/o sintomatología evaluable en internación, por lo que se solicitan análisis complementarios.

### Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas con falta de datos y aquellas donde no se pueda evaluar el binomio madre-recién nacido por feto muerto, derivación a otra institución y/o fuga.

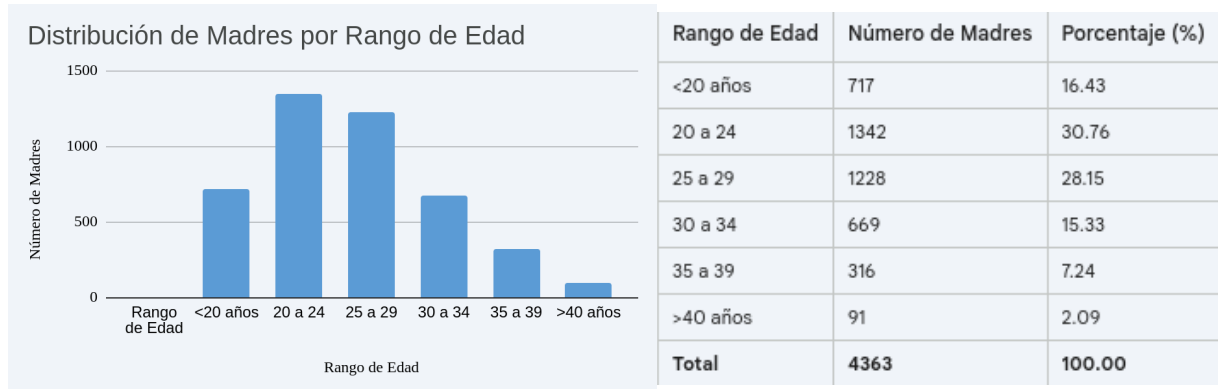
### **Población y Muestra:**

En el periodo del 01 de agosto de 2021 al 31 de agosto 2024 en el Hospital Escuela Eva Perón se registraron 4363 nacimientos (N). De este total, se identificaron 122 binomios (2,79%) cuyas madres refirieron consumo de drogas ilegales en algún trimestre del embarazo.

Se solicitaron las historias clínicas de las madres que presentaron consumo de drogas ilícitas durante el embarazo y las de sus recién nacidos para la investigación en detalle de las mismas. Tras aplicar los criterios de exclusión, se omitieron 5 casos del análisis y la muestra final investigada fue de 117 binomios (n).

## Resultados:

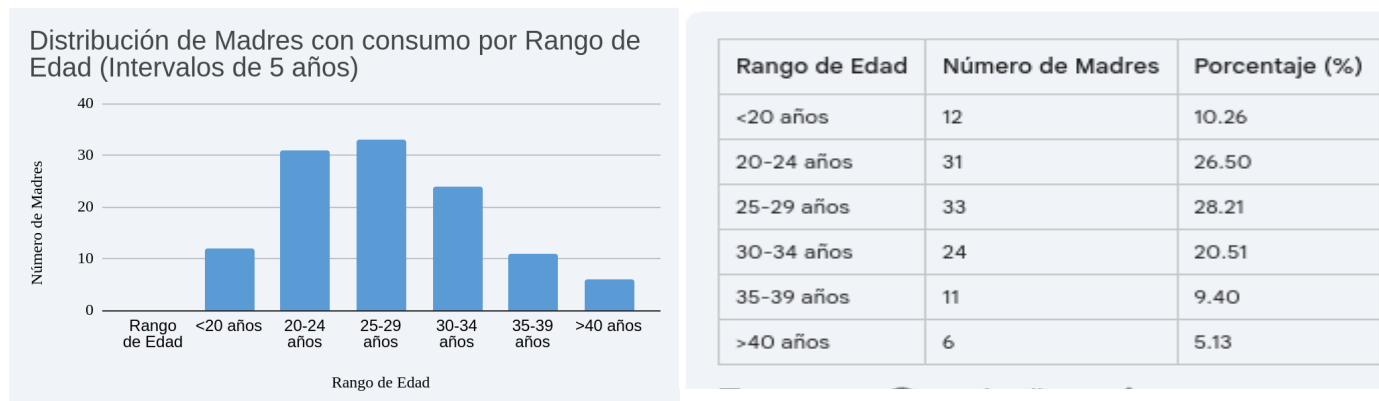
### Distribución del total de madres según rango etario



- Media: 25.56
- Mediana: 25.00
- Mínimo: 13.00
- Máximo: 46.00

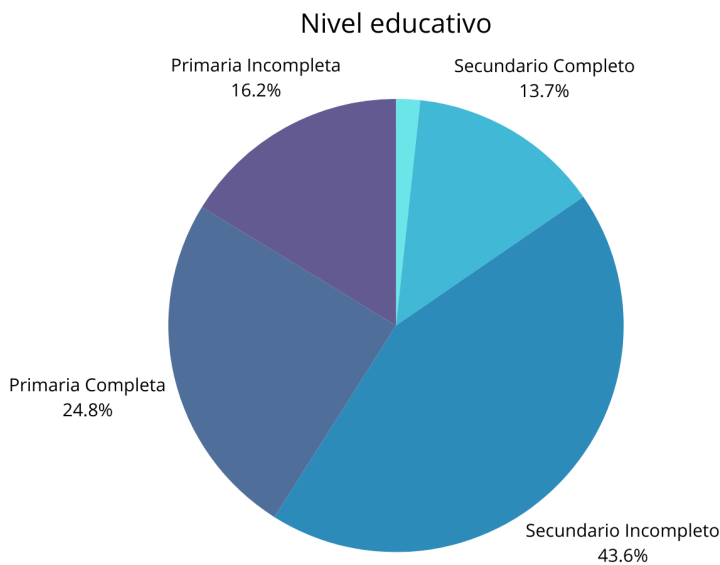
Este análisis de la distribución por rangos de edad muestra que la mayor concentración de madres se encuentra en los rangos de 20 a 24 años (30.76%) y 25 a 29 años (28.15%). Le sigue el rango de <20 años (16.43%) y 30 a 34 años (15.33%). Las madres en los rangos de 35 a 39 años (7.24%) y >40 años (2.09%) representan una proporción menor del total."

### Distribución del consumo materno según rango etario.



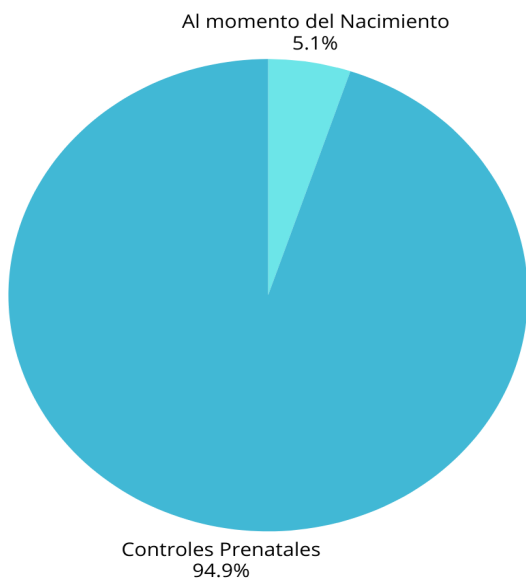
- Media: 27.41 años
- Mediana: 27.00 años
- Mínimo: 16 años
- Máximo: 43 años

Este análisis muestra que la mayor concentración de madres con consumo se encuentra en los rangos de edad de 25-29 años (28.21%) y 20-24 años (26.50%), seguidos por el rango de 30-34 años (20.51%). Las madres menores de 20 años y mayores de 40 años representan una proporción menor del total.



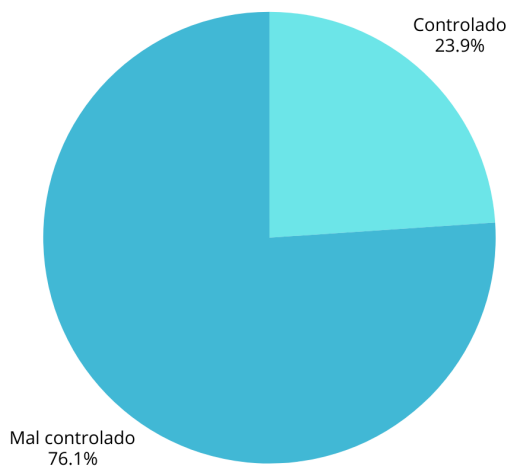
Universitario: 2 (1,7%)  
 Secundario Completo: 16 (13,7%)  
 Secundario Incompleto: 51 (43,6%)  
 Primaria Completa: 29 (24,8)  
 Primaria Incompleta: 19 (16,2%)

**¿Cuándo se detecto el consumo?**



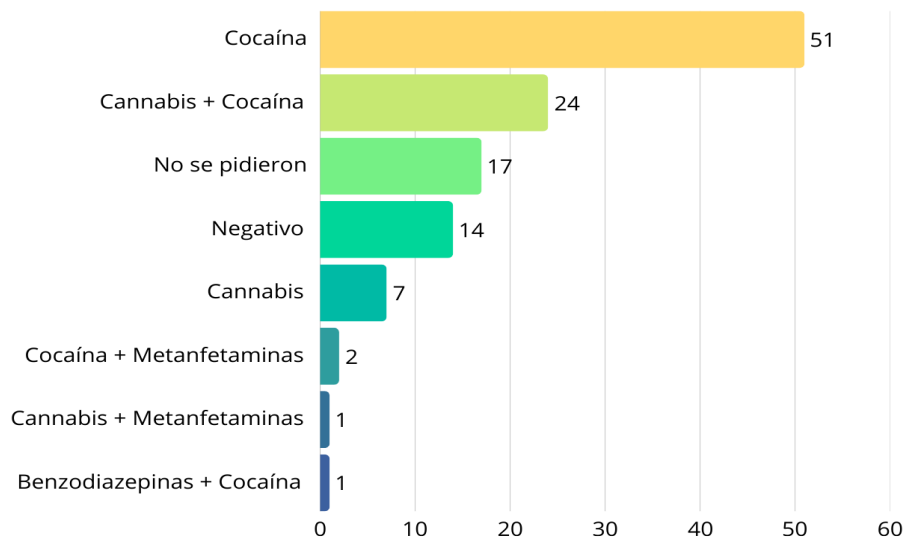
Se pudo encontrar que en 111 (94,9%) de las madres se detectó el consumo de drogas en sus controles prenatales, tal como figura en el carnet perinatal sin especificar cuál de ellas, y en 6 (5,1%) se constató clínica sugestiva en alguno de los integrantes del binomio al momento del nacimiento, por lo que se solicitaron tóxicos en orina.

### ¿Cómo fueron los controles del embarazo?



Con respecto al embarazo, 89 (76,1%) madres no realizaron controles o no los realizaron adecuadamente por lo que se los consideró como mal controlados y 28 (23,9%) embarazos presentaron se consideraron “bien controlados”.

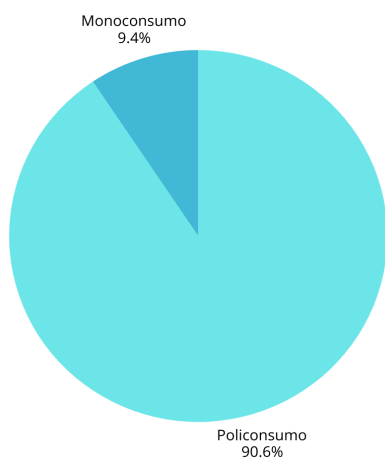
### ¿Cómo se distribuye el consumo?



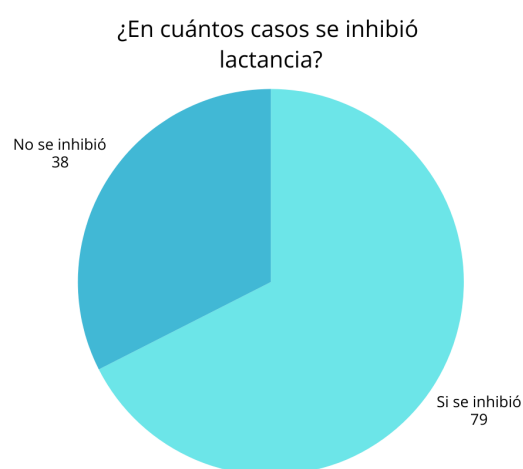
En el análisis de los 117 binomios estudiados, la cocaína se identificó como la sustancia de mayor consumo a lo largo de los tres años de estudio, detectándose en 78 madres (66,6%).

Dentro de este grupo, 24 madres (20,5%) reportaron el consumo combinado de cannabis y cocaína, y 3 (3,84%) con otras drogas. El cannabis fue la segunda sustancia más frecuentemente consumida, hallándose en 31 madres (26,49%), siendo notorio que 25 de estas la combinan con otras drogas.

Es importante señalar que, a pesar de haber referido consumo, no se solicitaron tóxicos en orina a 17 pacientes (14,5%). Además, otras 14 (12%) arrojaron resultados negativos al momento del parto.



Es importante señalar que 106 madres que consumieron cocaína y/o cannabis también presentaron policonsumo de alcohol, tabaco u otras drogas. Lo que representa un 90,6% del total de madres estudiadas.

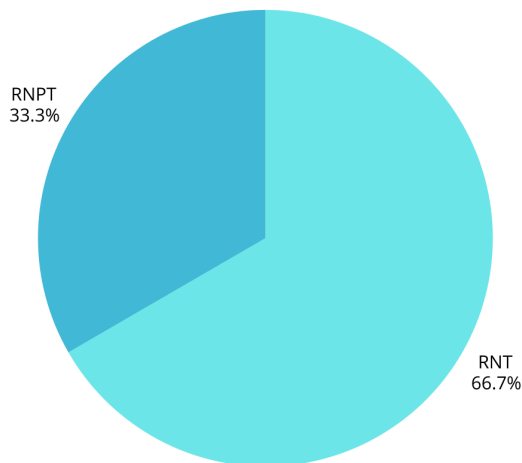


Se observó que, de estos binomios, la inhibición de la lactancia materna con Cabergolina se indicó en 79 madres (67,5%). Las 38 madres restantes (32,5%) no recibieron inhibición. Este grupo incluía a aquellas con resultado negativo para tóxicos (13 casos), aquellas a las que no se les solicitó el análisis de tóxicos en orina (16 casos), o aquellas con resultado positivo únicamente para

Cannabis (7 casos) y se les realizó un seguimiento posterior, manteniéndose la posibilidad de amamantar a sus hijos.

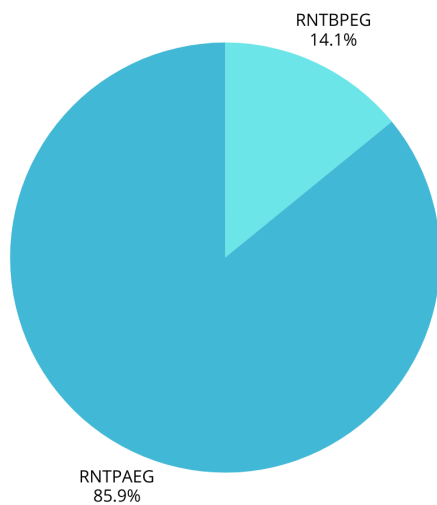
De los recién nacidos de los binomios estudiados pudimos encontrar que:

edad gestacional al momento del parto



Con respecto a la edad gestacional 78 (66,7%) fueron Recién nacidos a término (RNT) y 39 (33,3%) Recién nacidos pre término (RNPT).

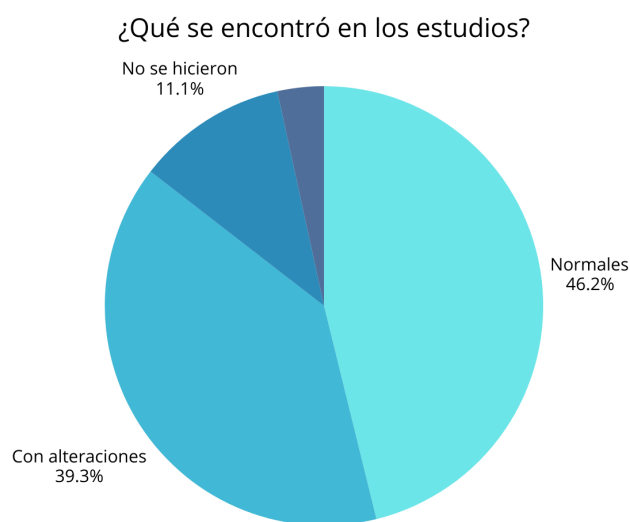
Recién nacido a término bajo peso para edad gestacional



De los recién nacidos a término, 11 (14,1%) tenían bajo peso para la edad gestacional (RNT BPEG). Se usaron para esta clasificación los gráficos de las páginas 36 y 60 del Libro Verde de SAP, edición 2013 .(17)

En relación con los estudios realizados en el Hospital Escuela Eva Perón, se solicita a los recién nacidos de madres con consumo de drogas la realización de estudios complementarios, que incluyen ecografía abdomino-renal, ecografía transfontanelar y ecocardiograma. Además si la clínica es sugerente se solicitan estudios de mayor complejidad como TAC y RMI según corresponda

De los recién nacidos hijos de madre con consumo de drogas, 54 (46.2%) presentaron



estudios complementarios normales, 46 (39,3%) presentaron alteraciones, a 13 (11,1%) pacientes no se les pidieron estudios (se desconoce el motivo) y 4 no se realizaron estudios por orinas negativas (3,4%).

Alteraciones en ecografía abdominales-renal: dos pacientes presentaron bazo aumentado de tamaño, dos pacientes con uroectasia, uno con estómago pequeño.

Alteraciones en ecografía transfontanelar: Se identificaron hallazgos en tres pacientes: calcificación en el ganglio basal izquierdo y leucomalacia bilateral parietooccipital, que podrían estar relacionados con el consumo materno. Además, uno de los pacientes presentó un quiste coroideo en el surco caudo-talámico izquierdo; Sin embargo, no hay evidencia que relacione este hallazgo con el consumo de drogas ilícitas.

Alteraciones en ecocardiograma: se pudo encontrar 36 pacientes con alguna alteración en este estudio, teniendo en cuenta que se desconoce la etiología de la mayoría de las cardiopatías congénitas. Es muy difícil determinar con seguridad una relación causa-efecto entre factores ambientales y las malformaciones (18).

Se encontraron además:

- \* Un paciente de 29 semanas con síndrome convulsivo requirió que se le realice una TAC de cráneo donde se informó una anomalía en el hemisferio izquierdo, esquizencefalia a labios abiertos y alteración en hipocampos.
- \* Un paciente de 36 semanas que por presentar hipotonía a las horas de nacimiento se le realizó una RMN de encéfalo donde se informó hipomielinización.
- \* Dos pacientes que presentaron dificultades en la succión por lo que se los evaluaron en conjunto con fonaudiología y se diagnosticaron con Hipotonía en el velo del paladar
- \* Dos recién nacidos a término que por clínica se detectó que presentaban síndrome de abstinencia neonatal (SAN) según escala de Finnegan.

## **Discusión:**

El análisis de la frecuencia de consumo de cannabis y cocaína y sus complicaciones neonatales en el Hospital Escuela Eva Perón muestra una problemática de salud pública. Este estudio, que abarcó un periodo de tres años, identificó a 117 madres con antecedentes de consumo de sustancias ilegales, lo que subraya la prevalencia de esta problemática en la maternidad del Hospital. Esta cantidad de madres con antecedente de consumo en 3 años de estudio representa un 2,79% en nuestra maternidad, siendo superior a lo mencionado previamente por Villarreal et al., (8), quien refiere que en los hospitales públicos, la prevalencia del consumo general de sustancias ilegales es del 1,83% en mujeres gestantes.

Los hallazgos demográficos de la población estudiada coinciden con la literatura existente, mostrando que la mayoría de las madres que consumen se encuentran entre los 20 y 30 años de edad, un grupo particularmente vulnerable (3). De manera similar, los datos sobre el nivel educativo, con un alto porcentaje de madres con educación secundaria incompleta (43,6%) y solo primaria completa (24,8%), refuerzan la correlación entre la situación socioeconómica y el consumo de sustancias, un factor de riesgo documentado en estudios previos (10).

Un hallazgo notable fue la alta tasa de detección del consumo de sustancias durante los controles prenatales (94,9%), lo que sugiere la efectividad del interrogatorio médico en los controles pre hospitalarios. Sin embargo, la persistencia de un número significativo de embarazos "mal controlados" (76,1%) entre esta población, destaca una brecha crucial en el seguimiento médico y la intervención temprana.

Esta falta de control prenatal es un factor de riesgo conocido que se asocia con peores resultados perinatales y mayores costos para el sistema de salud, lo que coincide con lo publicado por Beysel en 2017 donde se ha identificado que más de la mitad de las personas con consumo problemático de sustancias carecen de controles prenatales adecuados.

El análisis de las sustancias consumidas durante los tres años de estudio reveló que la cocaína fue la droga más prevalente, detectada en 78 madres (66,6%). El cannabis ocupó el segundo lugar, encontrado en 31 madres (26,49%). Es notable que, de estas últimas, 25 consumían cannabis en combinación con otras drogas. Estos resultados son coherentes con las tendencias epidemiológicas en Argentina, donde la prevalencia del consumo de cocaína y cannabis en mujeres ha aumentado significativamente en la última década (3). La alta tasa de policonsumo, con un 90,59% de las madres que también consumieron alcohol y/o tabaco, es un factor agravante que aumenta los riesgos obstétricos y neonatales. Esta observación resalta la necesidad de un enfoque integral que no se limite a una sola sustancia, sino que aborde la complejidad del consumo de múltiples drogas. Dentro del Carné Perinatal, que cumple la función en simultáneo de la Historia Clínica Perinatal en la

provincia de Santa Fe, el detalle de consumo de sustancias es muy pequeño y, además, no detalla con exactitud qué tipo de droga,

	FUMA.ACT.	FUMA.PAS.	DROGAS	ALCOHOL	VIOLENCIA
1 <sup>er</sup> trim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 <sup>o</sup> trim	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3 <sup>er</sup> trim	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

frecuencia y/o cantidad, sólo detalla

alcohol, tabaco y drogas de manera muy general con un círculo por trimestre.

Las complicaciones neonatales observadas en la muestra detallan un 33,3% de recién nacidos pretérmino (RNPT) y un 14,1% de recién nacidos a término con bajo peso para su edad gestacional (RNT BPEG). Estas cifras, que superan el promedio nacional del 2022 de bajo peso al nacer del 7,9% (9), podrían vincularse al consumo de sustancias, al igual que las alteraciones observadas en estudios complementarios como las ecografías transfontanelares y los ecocardiogramas. A pesar de la alta frecuencia de anomalías detectadas, como las cardiopatías, resulta difícil establecer una relación causal definitiva para cada malformación. No obstante, no podemos sugerir un nexo directo con la exposición a cocaína y cannabis, tal como lo señalan Jenkins KJ et al., (15).

La práctica de inhibir la lactancia en el 67,5% de los casos refleja la preocupación por la seguridad del recién nacido ante la exposición a sustancias a través de la leche materna. Sin embargo, la decisión de no inhibir la lactancia en los casos de consumo de cannabis con seguimiento posterior subraya una decisión clínica importante ya que conlleva la necesidad de un seguimiento adecuado junto a trabajo interdisciplinar luego del alta.

En este trabajo se reconocen limitaciones, vinculadas tanto a falta de datos epidemiológicos locales, al subregistro de datos locales, así como a la escasez de estudios longitudinales para evaluar los efectos a largo plazo.

En primer lugar, la extracción de datos desde los registros hospitalarios y el uso de las pruebas toxicológicas en orina pueden generar sesgos, subregistro de la prevalencia del consumo problemático de estas sustancias en el embarazo debido a la selección de la muestra y a la dificultad de acceder a los servicios de salud.

Otra de las limitaciones es que en los pacientes menores a 37 semanas no se pudo diferenciar si el bajo peso era causa del consumo de drogas durante el embarazo o por otra patología materna asociada.

El presente estudio se basa en el estudio de binomios que se identificaron con antecedentes de consumo de sustancias. Esto significa que quedan fuera del análisis aquellas madres que, por tener resultados de orina negativos, no fueron estudiados siendo prevalente el policonsumo. Como así también aquellos casos aislados en los que faltó la solicitud de orina para tóxicos, esto podría deberse a errores de comunicación entre servicios o en la lectura del carnet perinatal. Esta observación refuerza la importancia de un protocolo formalmente escrito y unificado entre los servicios que estandarice el abordaje de estos binomios.

Esta limitación es importante, ya que la detección del consumo de sustancias es una problemática que va más allá de un solo test. El hecho de que una muestra de orina resulte negativa, no descarta el consumo en otro momento del embarazo, más aún cuando está informado en la historia clínica perinatal.

Esta falta de información sobre los “pacientes no estudiados” subraya la necesidad de implementar protocolos de búsqueda más exhaustivos que incluyan otras matrices, como el pelo o meconio, para obtener una base de datos más amplia y real del problema. Esto permitiría identificar a pacientes que pasan desapercibidos en el sistema de salud, mejorando así las estrategias de intervención y prevención, abriendo nuevas líneas de trabajo interdisciplinario.

## **Conclusión:**

El presente trabajo formula la puesta en escena de una problemática actual que nos atraviesa a quienes nos desempeñamos en el ámbito de la salud. La mayoría de las madres con consumo de sustancias son adultas jóvenes, con un bajo nivel educativo, lo que refuerza la influencia de los factores socioeconómicos en la prevalencia de este consumo. A pesar de que el consumo se detectó en su mayoría durante los controles prenatales, un alto porcentaje de embarazos no tuvo el seguimiento adecuado, lo que sugiere la necesidad de fortalecer la adherencia y el acompañamiento en el sistema de salud.

Los resultados confirman que esta problemática es un desafío significativo en la salud que compromete el bienestar materno-infantil local. En el estudio se analizaron datos de 117 madres consumidoras en un período de tres años, confirmando la prevalencia del consumo de cocaína (66,6%), así como la alta frecuencia de policonsumo con cannabis, alcohol y tabaco, siendo una característica que acentúa los riesgos para el binomio madre-recién nacido.

Las complicaciones neonatales que observamos están asociadas al consumo de sustancias durante el embarazo y a una mayor morbilidad perinatal. Específicamente, el consumo de cannabis y cocaína se vincula con un incremento en la incidencia de recién nacidos pretérmino y de bajo peso para la edad gestacional. Es relevante señalar que, en nuestro trabajo, encontramos porcentajes superiores a los informados en la "Síntesis estadística N° 9" de Natalidad y Mortalidad 2022 (9).

Del mismo modo, las alteraciones encontradas en estudios complementarios, como las ecografías transfontanelares y los ecocardiogramas, podrían estar relacionadas con la exposición prenatal a estas sustancias. No obstante, resulta necesario considerar la influencia de otros factores ambientales, sociales y biológicos que también pueden contribuir a estos hallazgos. En este sentido, si bien las anomalías cardíacas se observaron con frecuencia, es difícil establecer una relación causal definitiva entre el consumo de drogas y las malformaciones, tal como señala Dimpna (18).

Asimismo, la práctica frecuente de la inhibición de la lactancia detallada de estos tres años refleja la necesidad de implementar el nuevo protocolo del ministerio de Salud (19) que promueve no inhibir la lactancia sino acompañar a la madre para que logre la abstinencia, permitiendo la suspensión transitoria (y descarte de leche) para el abordaje y seguimiento de los binomios madre-hijo.

Probablemente, los registros no reflejan aún la magnitud real de esta problemática y sus consecuencias. Si bien existen múltiples factores que condicionan esta situación, podemos mencionar que se trata de una problemática que muchas veces “estigmatiza” por lo que lleva a un subregistro y subdiagnóstico por parte de nosotros, los profesionales, producto del desconocimiento y desinformación. Esto no disminuye la relevancia de los hallazgos, sino que resalta la urgencia de contar con sistemas de registro más precisos y con investigaciones que evalúen el impacto a largo plazo del consumo perinatal.

En conclusión, los datos del Hospital Escuela Eva Perón reafirman que el consumo de cannabis y cocaína durante el embarazo es un factor de riesgo importante para diversas complicaciones neonatales, desde la prematurez y el bajo peso al nacer hasta malformaciones.

En nuestro hospital existe la necesidad de establecer protocolos de trabajo consensuados, estructurados adecuadamente y con la participación de diferentes áreas. Si logramos

estandarizar los procedimientos, no solo a nivel intrahospitalario, sino también en coordinación con otros centros de salud de la región, considero, se logrará un avance significativo en la prevención, detección y manejo de esta problemática que impacta tanto en las madres como en los recién nacidos.

Teniendo a disposición una historia clínica perinatal que es fundamental para la atención primaria y esencial para el seguimiento del paciente y sus condiciones de vida, aún tenemos dificultades que resultan en binomios no estudiados.

Se espera que a partir de la exposición de esta problemática se pueda, con los recursos que contamos actualmente, como la guía publicada por la Dirección de Salud Perinatal y Niñez. en 2024 (19), mejorar los métodos de trabajo, logrando el compromiso de todos los intervinientes en el proceso de salud, para lograr garantizar un adecuado seguimiento, detección y abordaje temprano de esta problemática, implementando estrategias de detección temprana y de un abordaje interdisciplinario que no solo se enfoque en el consumo, sino también en las causas estructurales de fondo.

Esta investigación sienta las bases para futuros estudios en la región y resalta la importancia de la recopilación de datos locales para generar intervenciones más efectivas y mejorar los resultados de salud, como así también, deben evolucionar los métodos de detección del consumo de sustancias durante el embarazo e integrar distintas herramientas clínicas y biomarcadores. A través de la implementación de estrategias de diagnósticos más sensibles y específicos, será posible identificar de manera oportuna a la mayoría de los binomios en riesgo.

## Bibliografía

1. Beisel Y. Abuso de drogas durante el embarazo y nivel de síndrome de abstinencia neonatal [tesis doctoral]. Rosario: Universidad Nacional de Rosario; 2017. <https://rephip.unr.edu.ar/bitstreams/dfbac35e-fea3-4e23-9ffb-f5416372c379/download>
2. Fernández A, Vizzotti C, Tirado SM, Castelli JM, Bellone M, Finkelstein J, et al. Recomendaciones para la prevención del consumo perinatal de sustancias psicoactivas (Versión ampliada). Ministerio de Salud; 2022. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-11/Recomend.consumos%20problematicos\\_perinatales.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-11/Recomend.consumos%20problematicos_perinatales.pdf)
3. Díez M, Pawlowicz MP, Vissicchio F, Amendolaro R, Barla JC, Muñiz A, et al. Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. Salud Colectiva. 2020;16(e2509). <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/download/2509/1648/10741>
4. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas [Internet]. 1994 [citado 2025 Jul 28]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3eyrh6ew>
5. Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas [Internet]. 2005 [citado 2025 Jul 28]. Disponible en: <https://tinyurl.com/kv88prxb>
6. Protocolos libro. SENEIO [Internet]. 2023 [citado 2024 Sep 1]. Disponible en: <https://www.seneio.es/index.php/publicaciones/protocolos-de-la-seneio-2023>
7. Sánchez Capel A. Exposición fetal a drogas de abuso durante el primer trimestre de la gestación [tesis doctoral]. Universidad de Murcia; 2012. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/27913/1/TESIS%20DOCTORAL%20C.FORENSES%202011-12.%20AURORA%20SANCHEZ%20CAPEL.pdf>

8. Villarreal M, Belmonte V, Réa S, García-Algar Ó. Detection of illicit psychoactive substances in the urine of mothers and newborn infants at a public hospital. Comparison between the 2009–2013 and 2014-2018 five-year periods. Arch Argent Pediatr. 2023;121(5):e202202900. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022-02900.eng>
9. Natalidad y Mortalidad 2022 – Síntesis estadística. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/12/sintesis\\_estadistica\\_nro\\_9\\_172024.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/12/sintesis_estadistica_nro_9_172024.pdf)
10. Cercos M. Ocurrencia de embarazo relacionado con nivel de riesgo de consumo de sustancias según edad, tipo de familia, estado civil y continuidad en los estudios en adolescentes que asisten al Centro de Salud Martín de Rosario, en la última semana de mayo del año 2022 [tesis de licenciatura]. Rosario: Universidad Nacional de Rosario; 2022. <https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/24716/PTE2285-CercosMA-2022.pdf?sequence=3>
11. Tisocco RS, Elbarcha O, Hansen C. UTILIDAD DEL PELO COMO MATRIZ PARA EVALUAR LA EXPOSICIÓN FETAL A COCAÍNA. EXPERIENCIA LOCAL EN UN LABORATORIO PRIVADO DE CÓRDOBA, ARGENTINA. Acta Toxicol Argent. 2014;17(2):41-7 <https://cobico.com.ar/wp-content/archivos/2017/09/UTILIDAD-DEL-PELO-COMO-MATRIZ-PARA-EVALUAR-LA-EXPOSICION-FETAL-A-COCAINA-EXPERIENCIA-LOCAL-EN-UN-LABORATORIO-PRIVADO-DE-CORDOBA-ARGENTINA..pdf>
12. Spertino MC. Diseño e impacto del Decreto 840/2020 en la Asignación Universal por Hijo para Protección Social en Argentina [tesis de maestría]. FLACSO Argentina, Área de Estado y Políticas Públicas; 2024. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/22907/2/TFLACSO-2024MCS.pdf>
13. Mur Sierra A, García-Algar O, López Segura N. Toxicidad de la cocaína en el recién nacido. Detección y prevalencia. Identificación de factores de susceptibilidad. An

- Pediatr (Barc). 2002;56(3):241-6  
<https://analesdepediatria.org/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=S1695403302777904>.
14. Flores-Ramos M. Uso de sustancias adictivas durante el embarazo. Perinatol Reprod Hum. 2012;26(3):169–71.  
<https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v26n3/v26n3a1.pdf>
15. Jenkins KJ, Correa A, Feinstein JA, Botto L, Britt AE, Daniels SR, et al. Noninherited Risk Factors and Congenital Cardiovascular Defects: Current Knowledge A Scientific Statement From the American Heart Association Council on Cardiovascular Disease in the Young. 2007. Disponible en: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml>
16. Mur Sierra A, Lopez-Vilchez MA, Paya Panadès A. Abuso de tóxicos y gestación. Asociación Española de Pediatría; 2008  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_1.pdf)
17. Sociedad Argentina de Pediatría. Libro Verde SAP: Programa de Control de Salud del Niño y del Adolescente. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2013. Capítulo 2, Sección 2.5; p. 36, 60.
18. Dimpna C. Cardiología pediátrica y cardiopatías congénitas del niño y del adolescente. Vol. I. CTO Editorial; 2015. Sección I - Conceptos Básicos, capítulo 2. Epidemiología de las cardiopatías congénitas. Madrid: Grupo CTO Editorial; 2015.  
[http://video.grupocto.com/videospecialidades/TratadoCpediatria/CARDIOLOGIA\\_PEDIATRICA\\_Vol\\_I.pdf](http://video.grupocto.com/videospecialidades/TratadoCpediatria/CARDIOLOGIA_PEDIATRICA_Vol_I.pdf)
19. Ministerio de Salud (AR). Dirección de Salud Perinatal y Niñez. Recomendaciones para el cuidado de la Persona Recién Nacida afectada por el consumo problemático de sustancias psicoactivas durante la gestación. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2024  
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/01/recomendaciones-rn-consumo-sustancias.pdf>



Anexo 1:



**Hospital Escuela Eva Perón**  
Granadero Baigorria – Santa Fe  
Av. San Martín 1645

**Servicio de Neonatología**  
Tel. 4710940 (int. 285) –Cel. 156497065  
neo\_heep@yahoo.com.ar

## **PROTOCOLO MANEJO HIJO DE MADRE CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS**

**Hospital Escuela Eva Perón - Área Neonatología**  
**Julio 2023**

El consumo de sustancias adictivas es un problema emergente en la sociedad, y las personas gestantes no escapan a esta realidad.

Se considera *madre adicta o con consumo problemático de sustancias* a aquella que refiere el uso de drogas durante algún momento del embarazo, o aquella en quien por sospecha clínica se solicita un test que resulta ser positivo. Las drogas más comúnmente halladas son cocaína, marihuana, metanfetaminas o alcohol.

En la persona gestante adicta es más común la presencia de ciertas complicaciones perinatales como *hipertensión arterial, desprendimiento de placenta, rotura prematura de membranas, prolapso de cordón y mortinatos*.

Así mismo, se ha observado mayor riesgo de transmisión vertical de enfermedades de transmisión sexual.

Con respecto al recién nacido, es común el hallazgo de bajo peso al nacer, asfixia perinatal, y sobre todo **síndrome de abstinencia (SAN)**, el cual se define como el conjunto de signos y síntomas que aparecen ante la privación de la sustancia a la que estuvieron expuestos.

El síndrome de abstinencia puede aparecer en forma precoz (entre 3 -12 horas de vida) o tardía (entre 4 y 7 días). Los síntomas más comunes son temblores, irritabilidad, hiperreflexia, llanto agudo, hipertermia, intolerancia gástrica, deposiciones blandas y taquipnea.

Ante la presencia de un número creciente de casos, se decidió realizar el siguiente protocolo para homogeneizar conductas y definir qué paciente ingresará al servicio de neonatología.



**Hospital Escuela Eva Perón**  
Granadero Baigorria – Santa Fe  
Av. San Martín 1645

**Servicio de Neonatología**  
Tel. 4710940 (int. 285) – Cel. 156497065  
neo\_heap@yahoo.com.ar

**Criterios de ingreso a Neonatología:**

**Clínicos:**

-Signos y síntomas de **Síndrome de abstinencia**, asociado a sospecha o confirmación (orina para tóxicos positiva) de consumo de sustancia por parte de la madre:

**Sociales:**

-Estado clínico materno (que imposibilite el cuidado en los primeros días del niño)

-Imposibilidad de contar con cuidador.

Se trabajará de manera multidisciplinaria con servicio de Obstetricia, Trabajo social y equipo de Salud Mental.

**Estudios al ingreso:**

-Laboratorio: Hemograma- glicemia-Calcemia-Magnesemia-Ionograma plasmático

-PCR-Procalcitonina

-Orina para tóxicos dentro de las 72 hs de ingreso.

-**Corroborar serologías maternas**

-Ecografías (principalmente para hijos de madre cocainómana):

-Ecocardiograma

-Ecografía renal y abdominal

-Ecografía Transfontanelar

Evaluación del grado de afección. Escala de Finnegan (tabla 1)

Se empleará para hijos de madre con consumo problemático de Opiáceos (Heroína, Metadona, Morfina, Fentanilo), Cocaína y Marihuana. Se realizará cada 4 horas desde su ingreso (para adecuación de dosis de tratamiento farmacológico o suspensión).

SCORE DE FINNEGAN MODIFICADO (SINDROME DE ABSTINENCIA NEONATAL)

Alteración SNC						
• Llanto agudo	2					
• Llanto agudo continuo	3					
• Duermes menos de 3 horas después de toma	1					
• Duermes menos de 2 horas después de toma	2					
• Duermes menos de 1 hora después de toma	3					
• Reflejo de Moro hiperactivo	2					
• Reflejo de Moro marcadamente hiperactivo	3					
• Temblores leves a la estimulación	1					
• Temblores moderados a la estimulación	2					
• Temblores leves espontáneos	3					
• Temblores moderados espontáneos	4					
• Hipertonía muscular	2					
• Escoriaciones	1					
• Miodonías	3					
• Convulsiones generalizadas	5					
Alteraciones metabólicas, vasomotoras, respiratorias						
• Sudoración	1					
• Fiebre <38,4°C	1					
• Fiebre >38,4°C	2					
• Bostezos (>3-4 veces por intervalo)	1					
• Erupciones cutáneas fugaces	1					
• Obstrucción nasal	1					
• Estornudos (>3-4 veces por intervalo)	1					
• Aleteo nasal	2					
• Frecuencia respiratoria >80x'	1					
• Dificultad respiratoria/tiraje	2					
Alteraciones gastrointestinales						
• Succión Excesiva (con avidez)	1					
• Rechazo alimentario	2					
• Regurgitaciones	2					
• Vómitos intensos	3					
• Deposiciones disgregadas	2					
• Deposiciones líquidas	3					
TOTAL						

**Interpretación de la Escala Finnegan:**

0-7: No Síndrome de Abstinencia.

8-12: Síndrome de Abstinencia Leve o Moderado.

13-16: Síndrome de Abstinencia Moderado – Severo.

>16: Síndrome de Abstinencia Severo.

La puntuación de 8 o superior, en tres valoraciones consecutivas, exige el tratamiento con opiáceos y depresores del SNC

---

Los neonatos con tres puntajes consecutivos superiores a 8 deben ser tratados con medidas farmacológicas. La evaluación de la abstinencia debe continuar durante 72 horas luego de suspendida la farmacoterapia.

Esta escala fue diseñada para su empleo en recién nacidos a término y su uso no ha sido validado en prematuros (<37 semanas de gestación) ni en mayores de 30 días.

Es útil para iniciar, ajustar o suspender el tratamiento farmacológico, según la gravedad de los hallazgos de abstinencia neonatal.

### **Tratamiento:**

#### **Medidas no farmacológicas:**

Se implementarán al ingreso de todo paciente hijo de madre con consumo problemático de sustancias, independientemente del score de Finnegan.

-Incubadora (aislamiento lumínico y sonoro)

-Control de signos vitales cada 6 horas (Frecuencia cardíaca-frecuencia respiratoria

-temperatura-Tensión arterial-Saturometría)

-COPAP (Contacto piel a piel)

-Hemoglucotest cada 6 hs

-Ropa holgada

-Uso de chupete

- Fórmula de inicio (en caso de vómitos, evaluar fórmula hidrolizada), y en Recién nacidos prematuros, fórmula de prematuros: raciones pequeñas y frecuentes (cada 2 horas). Se recomienda alimentación por succión.

**-SE CONTRAINDICARÁ inicialmente la lactancia materna. La decisión de inhibir la lactancia será evaluada de manera multidisciplinaria, con los Servicios de Obstetricia, Salud Mental, Trabajo Social, Centro de lactancia y Neonatología.**

#### Estimación del riesgo de la lactancia según el nivel de consumo y tipo de sustancia (Guía MSAL)

- **Persona con consumo ocasional/uso intermitente de cualquier sustancia psicoactiva legal o ilegal no dependiente (sin deterioro de la capacidad de autocontrol del consumo)**

Bajo riesgo. Disuadir del consumo e informar sobre el riesgo.

Ante el consumo intermitente o aislado de alcohol o sustancias: aconsejar el retraso o la interrupción transitoria de la lactancia. Es posible utilizar alternativas temporales, como leche humana almacenada (congelada) o sucedáneos de la leche humana.

En caso de alcohol: < de 10 (1UBE): Demorar en amamantar por 2 horas > de 10 g de alcohol:

Demorar en amamantar por 4 a 6 horas

En caso de psicoestimulantes: demorar en amamantar por 24. Descartar la leche.

- **Persona con consumo crónico, con uso intensivo de cualquier sustancia psicoactiva legal o ilegal (con deterioro de la capacidad de autocontrol del consumo)**

Alto riesgo. Motivar para iniciar tratamiento. Informar sobre riesgos.

**El riesgo de la lactancia superaría los beneficios.** Buscar alternativas seguras y disponibles para la lactancia.

#### Medidas farmacológicas:

El tratamiento farmacológico es un componente importante del manejo del SAN cuando la atención no farmacológica resulta insuficiente para mitigar los signos y síntomas. Deberá iniciarse si aparece clínica de SAN con puntuación >8 en la Escala de Finnegan, en 3 determinaciones separadas por 2 horas (56). El principal objetivo del tratamiento farmacológico es aliviar los signos de moderados a graves. El tratamiento farmacológico **siempre debe estar acompañado por el tratamiento no farmacológico.**

#### Para hijos de madres con consumo de Opiáceos:

Si bien no existe, un protocolo internacional estandarizado acerca de la dosis, duración y destete de la medicación, hay consenso en afirmar que la farmacoterapia de primera línea consiste en el reemplazo de opioides con una solución de Morfina oral o Metadona. En nuestro servicio, contamos con **jarabe de Morfina 0,2% (2 mg/ml)** vía oral. En caso de requerir dosis mayores a 0,2 mg/kg/dosis, se

puede emplear fenobarbital como coadyuvante.

Tabla 7. Tratamiento farmacológico del SAN. (54) (59)

Droga	Tratamiento	Dosis	Retirada
Opioides Heroína, Morfina, Metadona.	Metadona	0,05-0,1 mg/kg/dosis cada 6 horas (VO). Incrementos: 0,05 mg/kg/dosis.	Reducir la dosis 10-20% por semana. Suspender cuando se alcance una dosis de 0,05 mg/kg por día.
	Morfina	0,04 mg/kg/dosis cada 3-4 horas (VO) Incrementos: 0,04 mg/kg/dosis hasta control clínico. La dosis máxima es 0,2 mg/kg/dosis	Reducir 10-20% cada 2-3 días Suspender la Morfina cuando la dosis se reduzca a 0,04 mg/kg por día, sin aumento en las puntuaciones de abstinencia.

**Para hijo de madres politoxicómanas o consumo de Cocaína, Marihuana, benzodiazepinas o sedantes:**

La droga de elección es el **Fenobarbital**. También debe emplearse en caso de que la clínica incluya convulsiones.

Cocaína Anfetaminas	Fenobarbital	Dosis de carga: 10-20 mg/kg (EV, IM) La dosis puede repetirse (carga máxima acumulada total de 40 mg/kg). Mantenimiento: 2,5-3 mg/kg/día cada 12-24 horas (VO) (individualizar). Incrementos del 10%. Control de niveles: 20-30 mg/l.	Disminuir 20% por semana Retirar con 2 mg/kg/día.
Cannabis Fármacos (hipnóticos, barbitúricos...) Benzo-diazepinas Policonsumo	Fenobarbital	Misma pauta.	



**Hospital Escuela Eva Perón**  
Granadero Baigorria – Santa Fe  
Av. San Martín 1645

**Servicio de Neonatología**  
Tel. 4710940 (int. 285) – Cel. 156497065  
neo\_heep@yahoo.com.ar

#### **Criterios de alta:**

- Debe permanecer como mínimo 72 horas sin tratamiento farmacológico, libre de síntomas, o con síntomas sutiles en remisión.
- Alimentación por succión
- Contacto con centro de Salud de referencia, para presentación del caso a equipo de Salud mental, Pediatría, Trabajo social; trámite de fórmula láctea asegurada.
- En caso de pacientes con vulnerabilidad social: realizar Acta acuerdo (3 copias) que debe ser firmado por equipo médico, trabajador social y familiar a cargo.

#### **Bibliografía:**

- "Síndrome de abstinencia neonatal". Juan Pablo Zapata Díaz, Julián Rendón Fonnegra, Marie Claire Berrouet Mejía. Sociedad colombiana de Pediatría 2017. Disponible en :  
file:///C:/Users/neonatologia/Downloads/60-Texto%20del%20art%C3%ADculo-229-233-10 - 20171003.pdf
- "Abuso de tóxicos y gestación". A. Mur Sierra, MA. Lopez-Vilchez, A. Paya Panadès. Hospital Universitario del Mar. Universidad Autónoma. Barcelona. Año 2008. Disponible en:  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_1.pdf)
- - "Hijo de madre adicta". Dra Re. Hosp. J.B. Iturraspe.
- "Prevalence of Congenital Heart Defects in Neonates of Drug Abusing Mothers" Mohammad Radgoodarzi y Col. Int J High Risk Behav Addict. 2021 March; 10(1):e106884. doi: 10.5812/ijhrba.106884.
- "Developmental Consequences of Fetal Exposure to Drugs: What We Know and What We Still Must Learn" Emily J Ross y Col. Neuropsychopharmacology REVIEWS (2015) 40, 61–87. doi:10.1038/npp.2014.147.
- "Maternal and Neonatal Effects of Substance Abuse during Pregnancy: Our Ten-year Experience" Mirjana Vucinovic & Col. Yonsei Med J 49(5):705 - 713, 2008. DOI 10.3349/ymj.2008.49.5.705.
- "Maternal Lifestyle Factors and Risk for Ventricular Septal Defects" Laura J. Williams & Col. Birth Defects Research (Part A): Clinical and Molecular Teratology 70:59 – 64 (2004). DOI: 10.1002/bdra.10145.
- **Neonatal Abstinence Syndrome.** *Pediatrics* 2014;134:e547; originally published online July 28, 2014
- Neonatal Drug Withdrawal [www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-3212](http://www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-3212)