

Carla Arámbul Piquer
Claudia Jurado Hinojosa

**REPERCUSIONES DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS DURANTE EL PERIODO NEONATAL Y
POSTNATAL.**

TRABAJO FÍN DE GRADO

Dirigido por: PhD. José Fernández Saez

TORTOSA 2024

“La maternidad necesita menos juicio y mucha más sororidad.”

Esther Vivas.

Agradecimientos:

Agradecer en primer lugar a nuestro tutor José Fernández Saez por haber aceptado la tutorización de esta revisión bibliográfica. Además de haber estado presente para orientarnos durante todo el proceso de investigación y ofrecernos su ayuda y colaboración en cada momento requerido.

De modo accesorio, agradecemos el soporte de nuestros familiares y compañeros de grado que durante estos cuatro años nos han apoyado y acompañado en todo momento, aportándonos confianza y motivación en este nuevo capítulo de nuestras vidas.

Por último, a todos nuestros profesores y a las enfermeras y personal sanitario que durante estos años de formación nos han transmitido sus conocimientos y han formado parte indispensable de nuestra educación enfermera.

ÍNDICE:

ÍNDICE DE FIGURAS:	4
ÍNDICE DE TABLAS:	4
ABREVIATURAS:	5
RESUMEN:	6
ABSTRACT:	7
RESUM:	8
1. Introducción:	9
2. Marco teórico:	10
3. Marco conceptual:	11
4. Hipótesis:	21
5. Objetivos:	21
5.1. Objetivo general:	21
5.3. Objetivo específico:	21
6. Metodología:	21
6.1. Palabras claves:	22
6.2. Criterios de inclusión y exclusión:	22
7. Resultados:	23
7.1. Diagrama de flujo:	24
7.2. Procedencia de los resultados:	27
7.3. Artículos encontrados	29
8. Discusión:	43
9. Conclusión:	54
10. Bibliografía:	55

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1	17
Figura 2	18
Figura 3	24
Figura 4	24
Figura 5	25
Figura 6	25
Figura 7	26
Figura 8	26
Figura 9	27

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1	21
Tabla 2	22
Tabla 3	28

ABREVIATURAS:

CAS: Centro de Atención y Seguimiento

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

FASD: Trastorno de Alcoholismo Fetal

LSD: Dietilamida de Ácido Lisérgico

MeSH: Medical Subject Heading

OMS: Organización Mundial de la Salud

RN: Recién Nacido

SAF: Síndrome Alcohólico fetal

SAN: Síndrome de Abstinencia neonatal

SNC: Sistema Nervioso Central

SNRI: Inhibidores de la Recaptación de Serotonina

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

THC: Tetrahidrocannabinol

UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

WOS: Web of Science

RESUMEN:

Introducción: El consumo de drogas en las mujeres embarazadas puede generar dependencia y producir efectos negativos en la salud física, mental y social tanto en la gestante como en el recién nacido. La enfermería tiene un papel esencial en el seguimiento y control de madres con dependencia durante el embarazo para minimizar los riesgos de ellas y sus bebés.

Objetivos: Analizar los cuidados de enfermería en mujeres consumidoras de sustancias adictivas durante el embarazo, así como la atención al recién nacido para minimizar el impacto negativo que puedan ocasionar dichas sustancias en la salud del recién nacido.

Metodología: Se trata de una revisión bibliográfica donde se ha empleado la búsqueda de literatura científica en las diferentes bases de datos: PubMed, Scopus, Web of Science y EBSCOhost.

Resultados: De los 755 artículos obtenidos, al aplicar los criterios de inclusión y exclusión la muestra se redujo a un total de 17 artículos a analizar.

Conclusión: Se requiere el papel de enfermería para la detección temprana y seguimiento de la drogodependencia en el embarazo, favoreciendo un entorno seguro y libre de estigmas. No obstante, la detección y seguimiento del consumo es limitado en muchos sistemas de salud. El síndrome de Abstinencia Neonatal es el que conlleva mayores costos sanitarios, así como un estigma para los padres, por ello se requiere de una atención individualizada, con el fin de reducir los efectos en el recién nacido y la problemática social ocasionada.

Palabras clave: drogodependiente, embarazo, feto, recién nacido, enfermería

ABSTRACT:

Introduction: Drug use in pregnant women can generate dependence and produce negative effects on physical, mental and social health in both the pregnant woman and the newborn. Nursing has an essential role in the follow-up and control of mothers with drug dependence during pregnancy to minimize the risks for them and their babies.

Objectives: To analyze the nursing care of women who use addictive substances during pregnancy, as well as the care of the newborn to minimize the negative impact that these substances may have on the health of the newborn.

Methodology: This is a bibliographic review in which a search of scientific literature has been carried out in the different databases: PubMed, Scopus, Web of Science and EBSCOhost.

Results: Of the 755 articles obtained, when the inclusion and exclusion criteria were applied, the sample was reduced to a total of 17 articles to be analyzed.

Conclusion: The role of nursing is required for early detection and follow-up of drug dependence in pregnancy, favoring a safe and stigma-free environment. However, detection and follow-up of drug use is limited in many health systems. Neonatal Abstinence Syndrome is the one that carries the highest health costs, as well as a stigma for parents. For this reason, individualized attention is required in order to reduce the effects on the newborn and the social problems caused.

Keywords: drug addict, pregnancy, fetus, newborn, nursing

RESUM:

Introducció: El consum de drogues en les dones embarassades pot generar dependència i produir efectes negatius en la salut física, mental i social tant en la gestant com en el nounat. La infermeria té un paper essencial en el seguiment i control de mares amb dependència durant l'embaràs per a minimitzar els riscos d'elles i els seus bebès.

Objectius: Analitzar les cures d'infermeria en dones consumidores de substàncies addictives durant l'embaràs, així com l'atenció al nounat per a minimitzar l'impacte negatiu que puguin ocasionar aquestes substàncies en la salut del nounat.

Metodologia: Es tracta d'una revisió bibliogràfica on s'ha emprat la cerca de literatura científica en les diferents bases de dades: PubMed, Scopus, Web of Science i EBSCOhost.

Resultats: Dels 755 articles obtinguts, en aplicar els criteris d'inclusió i exclusió la mostra es va reduir a un total de 17 articles a analitzar.

Conclusió: Se requiere el papel de enfermería para la detección temprana y seguimiento de la drogodependencia en el embarazo, favoreciendo un entorno seguro y libre de estigmas. No obstante, la detección y seguimiento del consumo es limitado en muchos sistemas de salud. El síndrome de Abstinencia Neonatal es el que conlleva mayores costos sanitarios, así como un estigma para los padres, por ello se requiere de una atención individualizada, con el fin de reducir los efectos en el recién nacido y la problemática social ocasionada.

Paraules clau: drogodependent, embaràs, fetus, nounat, infermeria

1. Introducción:

La prevalencia y el consumo de sustancias psicoactivas desafortunadamente se encuentra arraigada en la sociedad actual; es decir, su uso y actividad se ha ido intensificando en los últimos años. Por consiguiente, su consumo puede llevar a la dependencia y pérdida de control de uso. Además, tiene un efecto negativo en la salud de la población, afectando a tanto a nivel físico como psicológico y social (1).

Es fundamental diferenciar entre abuso y dependencia de drogas. Por una parte, según la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, en su manual DSM-IV, define el abuso de drogas como un patrón de consumo que no cumple los criterios de dependencia, pero que se manifiesta a través de consecuencias adversas significativas y repetidas, relacionadas con el uso continuo de sustancias (2). Por otra parte, la dependencia a las drogas es un trastorno de comportamiento en el cual, debido a los efectos biológicos de una sustancia específica, la capacidad de controlar el consumo de dicha sustancia se ve reducida en una persona. Por lo tanto, el dependiente tiene la necesidad de consumir esta droga de manera reiterada (2).

Existen madres con dependencia durante el periodo gestacional por ello es fundamental el apoyo de los profesionales de la salud para proporcionar un embarazo óptimo, minimizando los riesgos que las sustancias psicoactivas pueden provocar tanto en la madre como en el recién nacido. Dentro de los profesionales sanitarios cabe destacar el papel de la enfermería, siendo esencial para sensibilizar y acompañar a los futuros padres durante el proceso de gestación, con el objetivo de favorecer el bienestar del recién nacido y evitar repercusiones tanto en la salud del neonato como en la de la gestante. Además, a las enfermeras, les corresponde llevar a cabo el seguimiento, la detección precoz y el control exhaustivo de cada una de las etapas del embarazo, especialmente en el caso de las pacientes consumidoras, con el fin de reducir o eliminar su uso (3).

Además de ello, diferentes estudios realizados en España muestran que más del 30% de mujeres embarazadas consumen algún tipo de sustancia tóxica. Siendo la mayoría sustancias legales, en primer lugar la cafeína es la más consumida, seguida por el tabaco y el alcohol. En el caso de sustancias ilegales, destaca el cannabis como la droga más consumida (1,3).

Es más, un estudio realizado en diferentes hospitales de España concluyó que un 50,4% de mujeres eran consumidoras de sustancias psicoactivas. De las cuales un 40% consumían cafeína, un 20,8% tabaco, un 3,5% alcohol y por último un 1,5% sustancias ilegales. En concordancia, un estudio realizado en Malaga obtuvo resultados similares (1,3).

De acuerdo a los resultados analizados, se identifica que un bajo nivel educativo, estar en una situación de baja laboral y tener problemas de salud mental se consideran factores de riesgo. Por el contrario, un factor protector es ser madre primípara (1,3).

2. Marco teórico:

En España, el consumo de sustancias psicoactivas ha experimentado cambios a lo largo de los años. A mediados de los años 70, la heroína fue la sustancia más consumida por la población, dando lugar a lo que se conoció como la “epidemia de la heroína”. Esto provocó una profunda crisis social, de salud pública y una crisis ciudadana. Es importante destacar que, al ser la heroína una sustancia inyectable, contribuyó a la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis, entre otros. Posteriormente, en los años 90, el uso problemático de la heroína tuvo su mayor repercusión, siendo las sobredosis la principal causa de mortalidad entre los jóvenes (4).

En cuanto a la cocaína, podemos sustentar su llegada a Europa en el año 2000. La cocaína, también conocida como benzoilmetilecgonina, es una de las drogas ilegales que más urgencias hospitalarias ocasiona debido a su alto consumo y capacidad adictiva (5).

Entre las drogas ilícitas, actualmente la más consumida son los cannabinoides, cuyo consumo suele iniciarse en la adolescencia. No obstante, se puede inferir que el tabaco y el alcohol son las drogas legales más consumidas (6).

Por un lado, la prevalencia del consumo de tabaco en España años atrás era muy elevada, así como la exposición al humo de segunda mano. En el siglo XVII aparecieron en España las primeras fábricas tabaqueras, convirtiéndose en una parte

importante del comercio de exportación e importación en este país. Actualmente, muchas de estas fábricas ya no están activas, además, entre los años 1996 y 2011, el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo apostó por políticas de reducción del consumo, minimizando la publicidad, aumentando los espacios libres de humo y creando campañas para dejar de fumar (7,8).

Por otro lado, por lo que se refiere a las bebidas etílicas, se analiza que actualmente la edad media en que se inicia el consumo es a los 16 años y cuya prevalencia en consumo se ha visto incrementada desde el año 1997 hasta el 2022. Además, se ha examinado que a lo largo de la historia, es el sexo masculino el que consume alcohol diariamente en mayor medida. No obstante, se ha registrado entre las mujeres un incremento de consumo de cinco o más bebidas alcohólicas en la misma ocasión, este hecho es conocido como “binge drinking” y consiste en consumir alcohol en forma de atracón. (9)

Así pues, se puede señalar que el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas es un problema sociosanitario alarmante debido a la elevada prevalencia que recae sobre la sociedad, siendo un 4,4% en Estados Unidos, un 7,9% en Europa y un 1,5% en Brasil. Además, de dicha problemática se observa un estigma alrededor de las madres dependientes, a consecuencia de ello se produce un desconcierto entre los sanitarios dificultando el abordaje de dicha situación (10,11).

3. Marco conceptual:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las sustancias psicoactivas como “compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento” (12). De manera similar, cuando se apela al término “droga”, esta puede definirse como una sustancia psicoactiva, de origen natural o sintético, que tiende a ser consumida de manera excesiva o fuera de un contexto terapéutico (13).

Adicionalmente, es relevante clasificar y diferenciar cada una de estas sustancias en función de cómo actúan en nuestro sistema nervioso. Por lo tanto, se dividen en (13):

- **Depresoras del sistema nervioso central (SNC):** Alcohol, Opio y derivados (heroína), Ansiolíticos e Hipnóticos.
- **Estimulantes del SNC:** Cocaína, Nicotina, Cafeína, Anfetaminas, Teobromina y Speed.
- **Perturbadoras del SNC:** Marihuana, Éxtasis, Dietilamida de Ácido Lisérgico (LSD), Mescalina, Hachís e Inhalantes.

En primer lugar, las drogas depresoras disminuyen las funciones del sistema nervioso central, es decir, provocan una relajación muscular que ocasiona al mismo tiempo una desaceleración de las capacidades cognitivas y fisiológicas. En contraposición a las sustancias depresoras, las estimulantes aceleran el funcionamiento normal del cerebro, provocando un estado de activación elevado. Por último, las drogas perturbadoras se encargan de alterar considerablemente el funcionamiento del cerebro (13).

De igual forma, es importante añadir en qué grupo se clasifica cada una de ellas en función de su legalidad.

- **Legales:** Nicotina, Alcohol, Cafeína, Teína...
- **Ilegales o Sustancias de abuso:** Marihuana, Cocaína, Opio y derivados...

Las sustancias en las que se investigará serán el alcohol, el tabaco, la cocaína y la marihuana, ya que son las sustancias más consumidas durante el periodo de gestación y las que más repercusión pueden ocasionar en el recién nacido. Según la revisión bibliográfica *Consumo de drogas durante el embarazo* publicada en el año 2017, un 41,7% de las mujeres embarazadas encuestadas fumaban tabaco, un 37% consumieron alcohol, un 1,5% marihuana y un 0,4% cocaína. Además, se realizaron pruebas en el meconio del recién nacido que revelaron que un 51% de los bebés estuvieron expuestos al tabaco, un 40% al alcohol, un 2% a la marihuana y un 2,5% a la cocaína (14).

Cabe destacar que en España, el alcohol y el tabaco constituyen las sustancias adictivas que ocasionan mayores problemas sanitarios (2). Ahora bien, todas ellas tienen algo en común, y es que el uso de drogas durante el embarazo ocasiona

diversas problemáticas y posteriores consecuencias, tanto en la madre gestante como en el neonato, ya sea durante el periodo de gestación como en el posterior parto.

Para empezar, el primer paso a dar ante una paciente gestante toxicómana es averiguar las sustancias que esta consume durante el proceso. De esta manera, los profesionales sanitarios iniciarán su trabajo mediante mecanismos de soporte e intentarán en todo momento reducir las complicaciones obstétricas asociadas a las drogas, que pueden afectar tanto a la madre como al neonato (15).

- **Tabaco:**

Con respecto al tabaco, como ya se ha mencionado anteriormente, esta es una droga estimulante del SNC, dicha droga la conforman diversas sustancias químicas, tales como alquitranes, monóxido de carbono, irritantes... No obstante, la más conocida por la sociedad y la que provoca la dependencia es la nicotina. Es conveniente recalcar que la dependencia al tabaco es la primera causa evitable de múltiples enfermedades, incluyendo cánceres y enfermedades cardiovasculares, así como de invalidez y muerte prematura (16).

El consumo del tabaco durante la gestación ocasiona consecuencias de elevado riesgo hacia el embrión, ya que los distintos componentes del humo del cigarro atraviesan la barrera placentaria que protege al feto. Puede llegar a ocasionar un parto prematuro a causa de la rotura temprana de membranas, e incluso en ocasiones más graves, puede dar lugar a abortos espontáneos (2,16).

Además de ello, una de las consecuencias que afecta de manera directa en la edad reproductiva de la mujer es la disminución de la fertilidad y el incremento de la probabilidad del embarazo ectópico (17). Otro efecto del tabaco sobre la gestación es un incremento de edemas durante el embarazo, los cuales empeoran por el efecto antiurético de la nicotina (2).

Paralelamente, el impacto del tabaquismo en la disminución del peso del recién nacido es el más preocupante, ya que dicha acción tiene un impacto simétrico en el crecimiento fetal, causando una reducción estimada del 5% en el peso relativo por cada paquete de cigarrillos fumados por día. Es decir, se produce una disminución de

2,8 g en la masa corporal neonatal (18). Así pues, gran parte de las consecuencias que afectan al embrión se deben principalmente a la hipoxia, generada fundamentalmente por un déficit en el aporte de oxígeno (2).

Con respecto a los problemas causados al feto debido al hábito de fumar durante el embarazo, surgen los siguientes. Por un lado, pueden ocurrir posibles alteraciones del aparato respiratorio que afectan gravemente al desarrollo pulmonar como pueden ser la hipoplasia pulmonar, el aumento del volumen alveolar y el crecimiento disináptico pulmonar. Por otro lado, se observan efectos en el sistema cardiovascular, los cuales influyen en el incremento de los valores de la presión arterial, causando a la larga enfermedades renales y, en el peor de los casos, la muerte súbita del lactante (2,18).

En referencia al neurodesarrollo, diversos estudios han encontrado una elevada morbilidad neurológica en hijos de padres fumadores, que incluyen trastornos de movimiento, convulsiones febriles, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) , entre otros (18).

En resumen, por lo que se refiere al tabaquismo materno durante el embarazo, este ocasiona efectos perjudiciales tanto a nivel prenatal como posnatal, en los cuales múltiples sistemas del ser humano se ven afectados pudiendo causar graves consecuencias en el feto (18).

- **Alcohol:**

A continuación, se abordará el tema del alcohol. Como ya se ha nombrado anteriormente, esta es una sustancia depresora global del sistema nervioso central, siendo la más consumida en los países industrializados (Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón y Reino Unido) y cuyo componente principal es el etanol. Dicha sustancia influye en las capacidades de autocontrol; es decir, durante su inicio produce estados de euforia y desinhibición en aquel que lo consume, por ello puede confundirse con un estimulante del SNC (19). Asimismo, el alcohol etílico puede inhibir el centro vasomotor, respiratorio y termorregulador (20).

Las bebidas alcohólicas pueden ser:

- **Fermentadas:** bebidas naturales elaboradas a partir de la fermentación de alimentos como la uva, los cereales, los frutos carnosos...Su graduación alcohólica oscila entre 1,2° y 14° (Ej.: vino, cerveza...)(19).
- **Destiladas:** bebidas que se obtienen a partir de la destilación de productos fermentados. Su graduación alcohólica supera los 15° (Ej.: ginebra, whisky, ron...)(19).

Cabe destacar que los efectos del alcohol pueden variar dependiendo de la cantidad que se consume y de diversas circunstancias como la edad, el peso, el sexo, la ingesta y la combinación con bebidas carbónicas u otras sustancias. No obstante, dicha sustancia es absorbida rápidamente por el aparato digestivo y puede permanecer hasta 18 horas en sangre. Asimismo, cuando su consumo es crónico, la reducción de la dosis consumida puede dar lugar a la aparición del síndrome de abstinencia, además de producir lesiones como cirrosis y encefalopatías hepáticas (19). Dentro de las diferentes complicaciones que ocasiona el alcohol se encuentra el síndrome confusional, conocido como delirium tremens, el cual se caracteriza por presentar una elevada morbilidad, pudiendo ocasionar el fallecimiento de hasta el 15% de los pacientes no tratados en unidades médicas (21).

Es necesario aclarar que según el libro *Consumo de alcohol, cocaína y cafeína en el embarazo: efectos sobre el embarazo y el niño* “no existe un nivel de consumo seguro ni una época durante la gestación que elimine todo el riesgo” (20), ya que el consumo de alcohol incrementa la posibilidad de restricción del crecimiento intrauterino y de que el feto padezca un retraso mental no genético, ocasionando en los peores casos complicaciones como el aborto espontáneo, dado que se estima que alrededor del 5% de los abortos espontáneos se atribuyen al consumo de alcohol. Por ello mismo, se aconseja suprimir totalmente su consumo y permanecer en abstinencia durante los meses de embarazo (2).

De hecho, es importante señalar que el alcohol ingerido se absorbe en un minuto y llega al mismo tiempo a la circulación fetal que a la materna, alcanzando los mismos niveles. Por esto mismo, durante el período de embarazo, si la gestante abusa de dicha sustancia etílica, se debe asumir que requiere una mayor atención perinatal, ya

que la probabilidad de sufrir diversas enfermedades infecciosas o complicaciones (parto pretérmino, desprendimiento de placenta, anomalías congénitas...) se ve incrementada (2).

En cuanto a la salud materno-fetal, como es bien cierto, se encuentra totalmente vinculada, de manera que los daños potenciales en la madre también afectan al feto. Durante el período neonatal, pueden desarrollarse problemas en el feto como trastornos metabólicos, síndrome del distrés respiratorio, alteraciones craneofaciales, malformaciones cardíacas, genitourinarias y hemangiomas cutáneos, entre otros (2).

Sucede, sin embargo, que muchas mujeres no siguen los previos consejos y avisos sanitarios. Por esta razón, deberían ser remitidas al Centro de Atención y Seguimiento (CAS) y así abordar los problemas relacionados con el alcoholismo. De esta manera, evitarían graves enfermedades postnatales como el síndrome alcohólico fetal, el hipocrecimiento sin recuperación postnatal, trastornos del desarrollo psicomotor infantil... (2).

- ***Cannabis:***

El siguiente punto trata del cannabis, esta es una sustancia psicoactiva que proviene de la planta *Cannabis sativa*. Su principio activo se denomina Tetrahidrocannabinol (THC) y se acumula en el cerebro, afectando a su correcto desarrollo y funcionamiento. Además, su completa eliminación del organismo puede durar hasta 30 días debido a que los cannabinoides se unen al tejido adiposo, prolongando de esta manera sus efectos (22).

Como consecuencia, los efectos tras el consumo son diversos y pueden manifestarse tanto a corto como a largo plazo. Algunos efectos que se pueden experimentar a corto plazo incluyen la alteración de los sentidos, el deterioro de la memoria y una percepción distorsionada de la realidad, entre otros. Mientras que a largo plazo, se observa una disminución de la capacidad del pensamiento, de la memoria y de las funciones cognitivas. Esto es debido a que el sistema cannabinoide es el encargado de controlar la atención, la percepción y la actividad motora; por ello, dichas funciones se ven afectadas tras el consumo (23,24).

Se ha verificado que, durante la etapa del embarazo, el consumo de cannabis es perjudicial para el correcto desarrollo del feto, ya que tiene la capacidad de atravesar la placenta y excretarse a través de la leche materna, exponiendo tanto al feto como al recién nacido y al lactante. Asimismo, altera el intercambio placentario, afecta también al transporte de nutrientes y oxígeno a través de la placenta, incrementando la posibilidad de un peso bajo al nacer y pudiendo ocasionar trastornos en las funciones mentales del recién nacido. Además, se ha observado una asociación con la aparición del TDAH (22,23).

- **Cocaína:**

En referencia a la cocaína, se considera una de las sustancias psicoactivas más peligrosas por su alta capacidad adictiva y por ser un gran estimulante del sistema nervioso central. Se obtiene de las hojas de la planta *Erythroxylum coca*. Esta droga actúa aumentando la actividad del sistema de neurotransmisión dopaminérgico, lo que provoca un aumento inmediato de la frecuencia cardíaca, respiratoria y de la tensión arterial, entre otros. A medio y largo plazo, el consumo de cocaína deriva en problemas tanto a nivel físico como psicológico, por tanto su consumo de manera frecuente afecta al buen funcionamiento cerebral y provoca daños en el sistema circulatorio, respiratorio, neurológico y gastrointestinal (25,26).

El consumo de dicha sustancia durante el embarazo puede afectar de manera negativa al feto. Ya que, la cocaína, cruza la barrera placentaria llegando a causar alteraciones en el crecimiento del feto, es decir, incrementa la incidencia de bajo peso al nacer y de ser pequeño para la edad gestacional. También puede desencadenar abortos espontáneos (25).

Por una parte, el recién nacido, puede padecer síndrome de abstinencia, presentando temblores, fiebre, vómitos, diarreas, convulsiones, irritabilidad y un llanto intenso, incluso pudiendo llegar al fallecimiento. Por otra parte, aunque no provoca malformaciones congénitas, se puede observar un menor rendimiento cognitivo y dificultad en el procesamiento de la información y en el desarrollo de tareas. La gravedad de los efectos dependerá de la cantidad consumida, la etapa embrionaria y del consumo junto con otras drogas (26,27).

- **Fases de la gestación:**

Ahora bien, se considera gestante a toda mujer embarazada. Con respecto al embarazo, se trata de un proceso continuo que puede ser dividido en tres etapas trimestrales. El primer trimestre abarca de la semana 0 a la 12, durante el cual ocurre la última menstruación y la fecundación. Se forma el saco amniótico y, posteriormente, se desarrollan el corazón, los brazos y las piernas, así como los huesos y los músculos. De la misma forma, tiene lugar la formación de la cara, el cuello, las manos y los pies, es decir, se completa la formación de la mayoría de los órganos. Además, empiezan a funcionar los riñones (28).

En el segundo trimestre, que incluye de la semana 13 a la 24, se identifica el sexo del feto, se observa la aparición de vello y pelo, y la placenta completa su formación (28).

Y en el tercer y último trimestre, que va de la semana 25 hasta el momento del parto, los pulmones siguen desarrollándose y el feto se prepara para el nacimiento (28).

Por consiguiente, el término neonato o recién nacido (RN) se utiliza para referirse al periodo neonatal que comprende las primeras 4 semanas de vida de un bebé. Se puede clasificar según la edad gestacional y según el peso gestacional, tal y como se muestra en las Figuras 1 y 2. Cuando se trata de un desarrollo fetal óptimo, ha de existir una concordancia entre el desarrollo del neonato y la duración del embarazo, y debe existir una correlación entre la talla, el peso, el diámetro cefálico, el torácico y el abdominal (29).

POSTÉRMINO	> 42 semanas
TÉRMINO MADURO	39-41,6 semanas
TÉRMINO PRECOZ O INMADURO	37-38,6 semanas
PRETÉRMINO TARDÍO	34-36,6 semanas
PRETÉRMINO MODERADO	≤33-31 semanas
PRETÉRMINO SEVERO	≤30-28 semanas
PRETÉRMINO EXTREMO	≤28 semanas
GRAN INMADURO	23-25 semanas

Figura 1. Clasificación del recién nacido según la edad gestacional. Fuente: Navarro P, 2021.

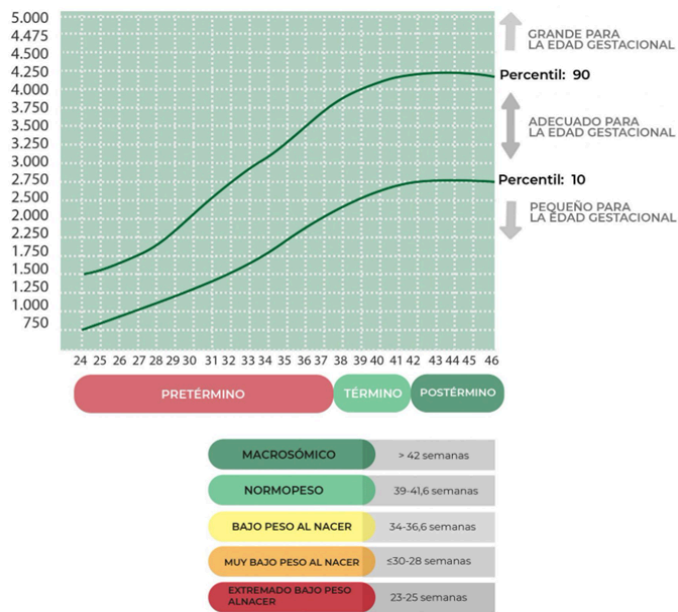


Figura 2. Clasificación del recién nacido según el peso gestacional. Fuente: Navarro P, 2021.

Del mismo modo, para registrar el estado de salud del recién nacido tanto el equipo de enfermería como el de medicina se unen para realizar la escala Apgar. Dicha escala sirve para analizar la condición física del neonato, así como para detectar las posibles necesidades médicas o tratamientos urgentes, ayudando a decidir cuáles serán las intervenciones indispensables para el recién nacido (30).

Esta se valora en dos ocasiones; durante el primer minuto posterior al nacimiento del bebé y a los cinco minutos. No obstante, si el resultado de la prueba resulta bajo y las condiciones de salud del bebé no son óptimas, la prueba volverá a evaluarse a los diez minutos siguientes (30).

Los signos a considerar son el tono de la piel, la frecuencia cardíaca, la irritabilidad, el tono muscular y la respiración. Estos se suman para obtener una puntuación entre el 0 y el 10. Una puntuación de 7 o superior indica que el bebé se encuentra en excelentes condiciones. Una puntuación entre 4 y 6 representa una asfixia moderada, mientras que un puntaje de 3 o inferior indica una asfixia grave (31).

- ***Detección del consumo de sustancias psicoactivas:***

Es de gran importancia la realización de exámenes biológicos a las mujeres embarazadas de forma rutinaria para evidenciar el riesgo de consumo, y en dicho caso cuantificar el tipo de sustancia consumida por estas. El examen más común entre las madres y el recién nacido es el análisis de orina, no obstante este solo muestra un consumo reciente. Ahora bien, existen otros exámenes que evidencian la exposición del recién nacido a sustancias adictivas, como son el meconio y el pelo. Por una parte, respecto al análisis del meconio, éste puede detectar el consumo de drogas en la madre durante el segundo y tercer trimestre. Por otra parte, por lo que refiere al examen de pelo este si que puede reflejar el consumo durante un período más largo de tiempo. Asimismo, otros tipos de muestras biológicas menos empleadas son la sangre, el tejido del cordón umbilical, la leche materna y el líquido amniótico (32).

4. Hipótesis:

Los cuidados de enfermería dirigidos a mujeres gestantes consumidoras de sustancias adictivas tienen un impacto positivo en la salud del recién nacido.

5. Objetivos:

5.1. Objetivo general:

Analizar los cuidados de enfermería en mujeres consumidoras de sustancias adictivas durante el embarazo, así como la atención al recién nacido para minimizar el impacto negativo que puedan ocasionar dichas sustancias en la salud del recién nacido.

5.2. Objetivo secundario:

Conocer las diferentes intervenciones de enfermería en la mujer consumidora gestante para reducir las consecuencias que producen dichas sustancias en el recién nacido.

5.3. Objetivo específico:

Conocer las consecuencias que produce el consumo de drogas por parte de la gestante en el feto y en el recién nacido.

Determinar el papel de enfermería en promover hábitos adecuados para reducir o eliminar el consumo en las gestantes.

Identificar situaciones de riesgo para la salud materna, fetal y neonatal.

Conocer las diferentes actuaciones llevadas a cabo por los profesionales de salud en atención primaria.

6. Metodología:

Este estudio se basa en una revisión bibliográfica mediante la búsqueda de literatura científica en diferentes bases de datos (PubMed, Scopus, Web of Science (WOS) y EBSCOhost). La investigación y elección de los diferentes artículos se llevó a cabo entre enero y febrero de 2024.

6.1. Palabras claves:

Las palabras claves que se han utilizado para la búsqueda de los artículos se han obtenido a partir de los descriptores DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Heading) (33).

Descriptor DeCS	Descriptor MeSH	Lenguaje natural
Trastornos relacionados con sustancias D019966	Substance Related Disorders D019966	Dependencia de drogas
Embarazo D011247	Pregnancy D011247	Embarazo
Recién nacido D007231	Infant, Newborn D007231	Neonato
Enfermería D009729	Nursing D009729	Enfermería

Tabla 1. Descriptores DeCS y MeSH. Fuente: Elaboración propia.

6.2. Criterios de inclusión y exclusión:

Los criterios de inclusión empleados en la búsqueda bibliográfica son los siguientes:

- Artículo completo
- Artículo gratuito
- Idiomas: Español, Inglés, Portugues, Catalan

Mientras que los criterios de exclusión son:

- Madres consumidoras de heroína o opioides.
- Madres no consumidoras de sustancias psicoactivas
- Artículos realizados previamente al año 2015

7. Resultados:

Mediante la búsqueda en las bases de datos PubMed, Scopus, WOS y EBSCOhost a partir de la frase de búsqueda “Nursing AND Substance Related Disorders AND Newborn AND Pregnancy” se obtienen un total de 755 artículos. Sin embargo, después de aplicar los criterios de inclusión se redujo la muestra a un total de 80 artículos. Finalmente, y tras aplicar los criterios de exclusión y eliminar los artículos duplicados, se obtienen un total de 17 artículos para estudiar (ver Tabla 2).

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos encontrados después de aplicar los criterios de inclusión	Artículos encontrados después de aplicar de los criterios de exclusión y eliminar los duplicados
PubMed	Nursing AND Substance Related Disorders AND Newborn AND Pregnancy	324	27	9
Scopus	Nursing AND Substance Related Disorders AND Newborn AND Pregnancy	104	25	3
WOS	Nursing AND Substance Related Disorders AND Newborn AND Pregnancy	164	13	1
EBSCOhost	Nursing AND Substance	163	16	4

	Related Disorders AND Newborn AND Pregnancy			
--	--	--	--	--

Tabla 2. Número de artículos encontrados dependiendo de la base de datos y la ecuación de búsqueda. Fuente: Elaboración propia

7.1. Diagrama de flujo:

Seguidamente, se pueden observar y analizar cinco diagramas de flujo, los primeros cuatro pertenecen a cada una de las bases de datos que se han empleado para extraer la información necesaria (Figura 3-6). Para ello, en la barra de búsqueda de las respectivas bases de datos se ha aplicado la frase de búsqueda redactada anteriormente en la tabla superior (Tabla 2). Posteriormente, se han obtenido una serie de resultados en función de los criterios de inclusión y exclusión escogidos. Finalmente, si examinamos los respectivos diagramas se muestran el número de artículos totales escogidos para cada una de las bases de datos.

El último diagrama (Figura 7) engloba los cuatro primeros, este es un resumen de la búsqueda realizada que muestra los resultados finales obtenidos. Siendo por tanto, un total de 17 artículos en los cuales se trabajará.

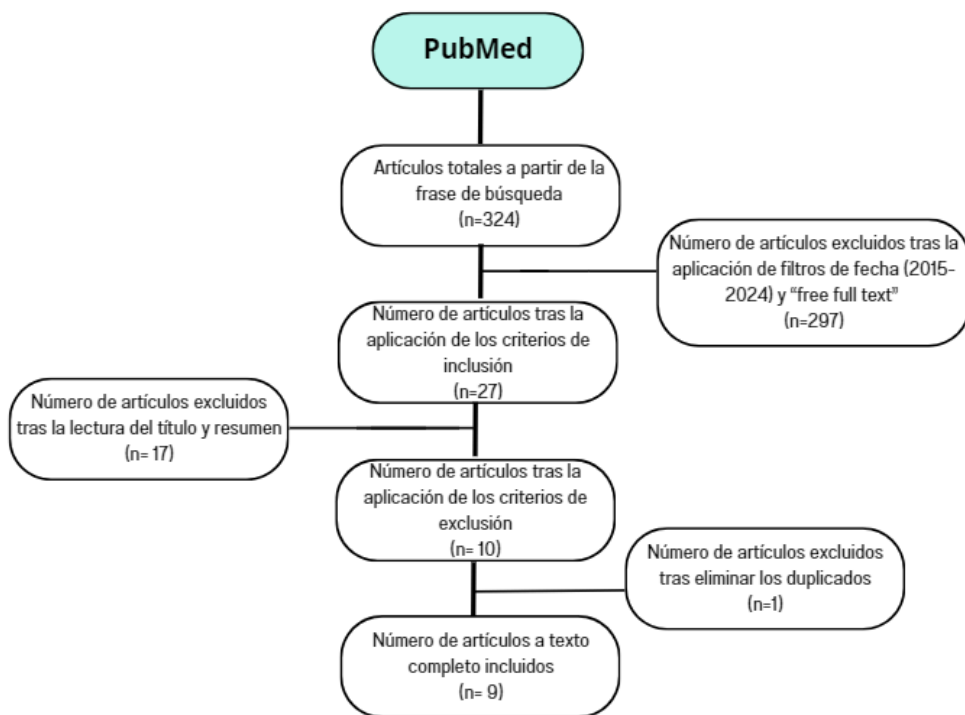


Figura 3. Diagrama de flujo base PubMed. Fuente: Elaboración propia

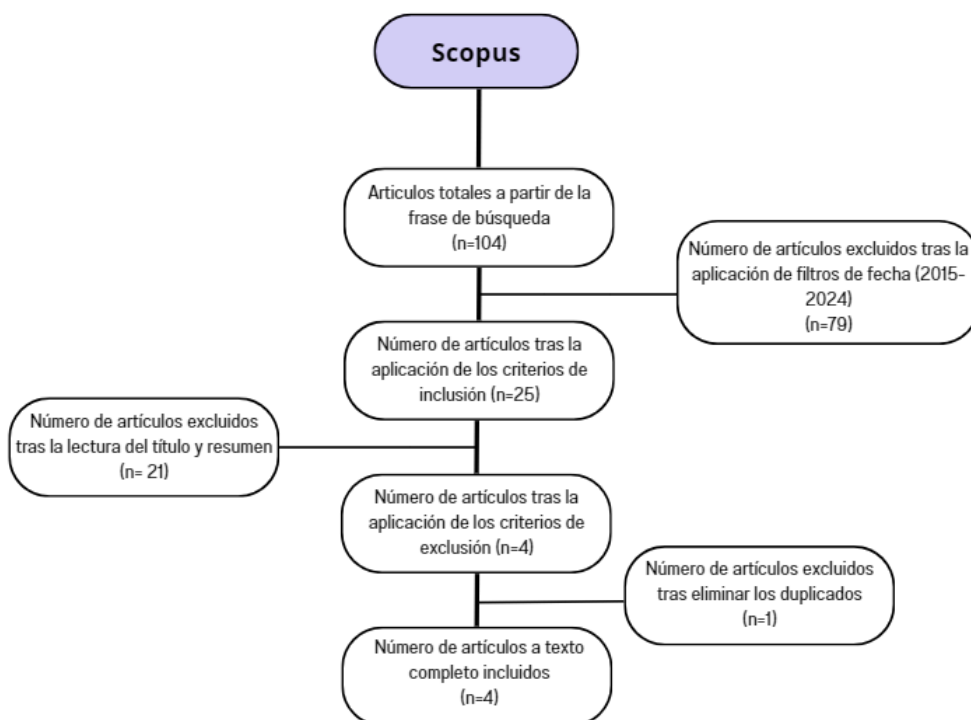


Figura 4. Diagrama de flujo base Scopus. Fuente: Elaboración propia

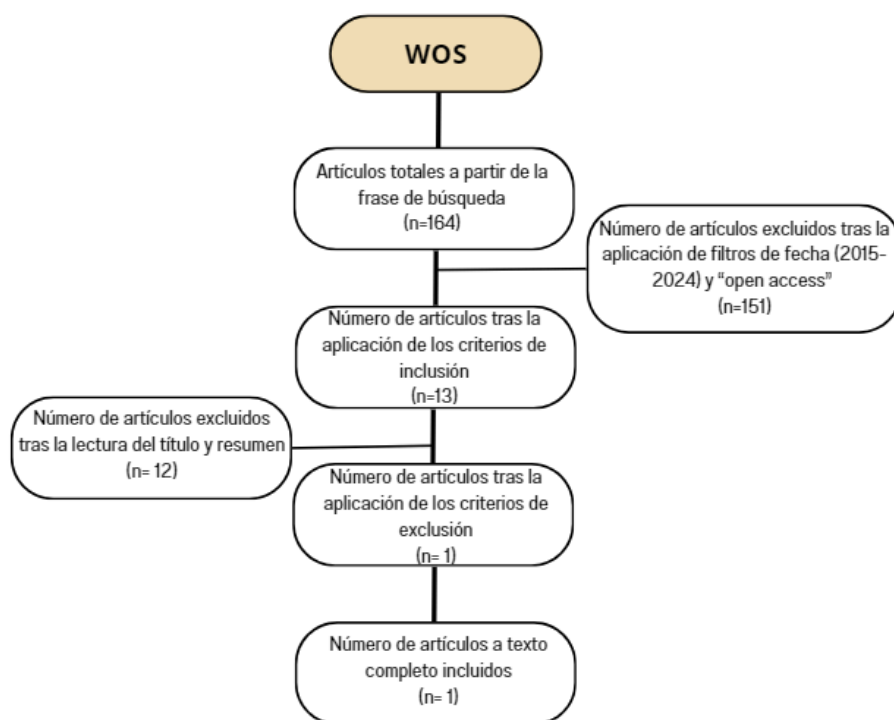


Figura 5. Diagrama de flujo base WOS. Fuente: Elaboración propia

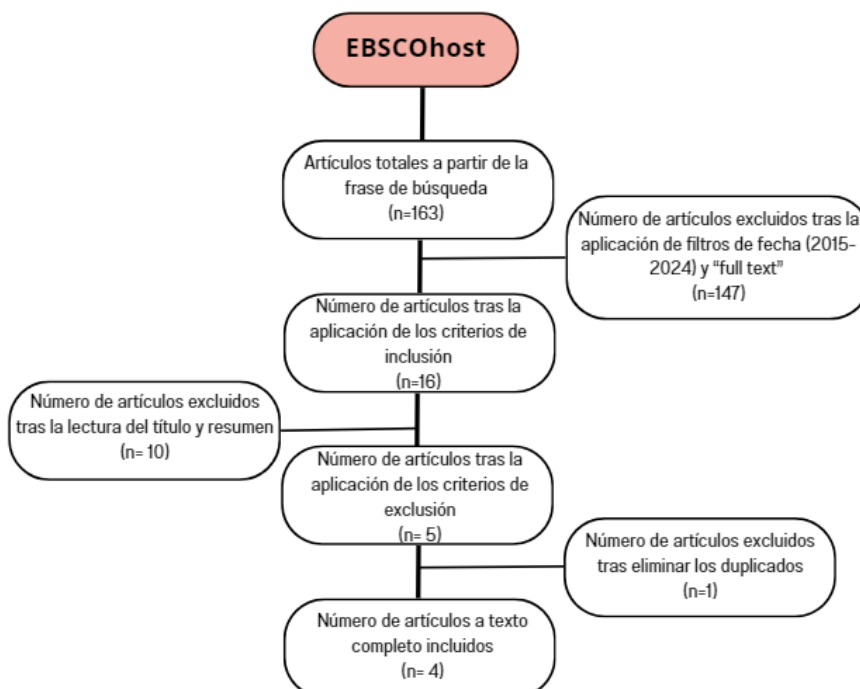


Figura 6. Diagrama de flujo base EBSCOhost. Fuente: Elaboración propia

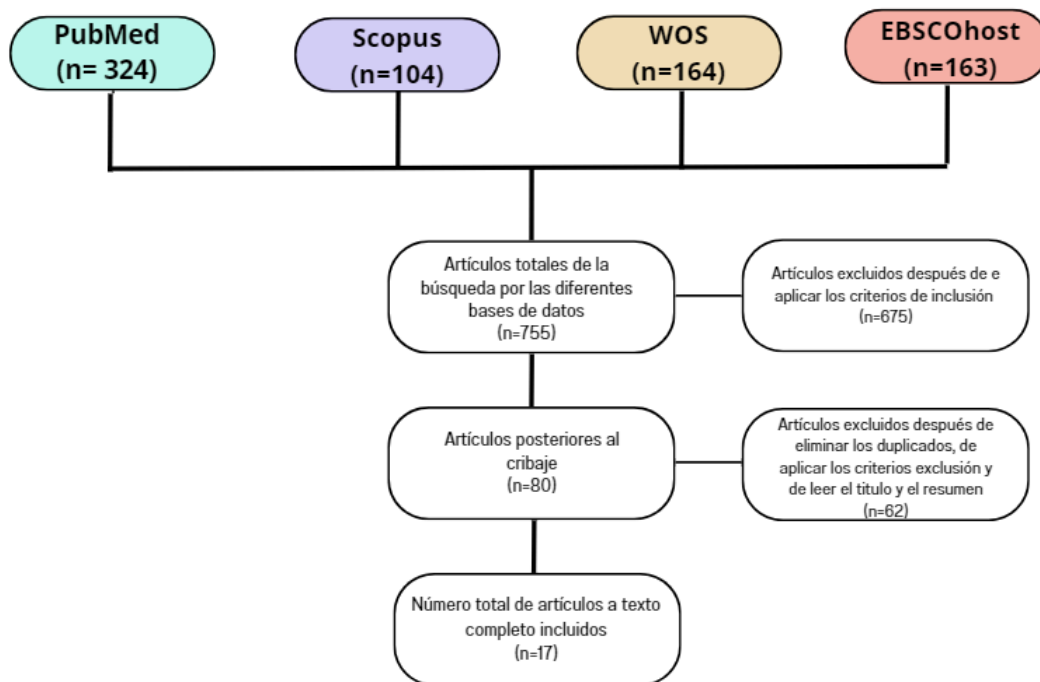


Figura 7. Diagrama de flujo resumen. Fuente: Elaboración propia

7.2. Procedencia de los resultados:

Por una parte, de los 17 artículos incluidos para realizar el estudio: 9 (47,4%) proceden de la base de datos PubMed; 3 (15,8%) de Scopus; 1 (5,3%) de WOS y 4 (23,5%) de EBSCOhost. Tal y como se puede ver en la Figura 8.

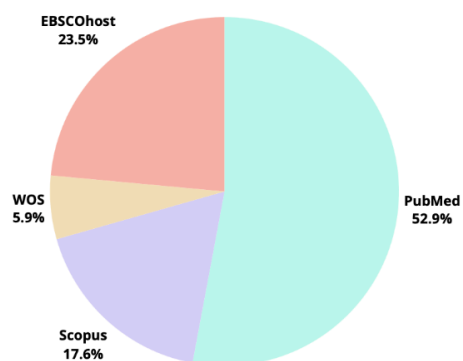


Figura 8. Porcentaje de artículos encontrados dependiendo de la base de datos utilizada. Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, de los 17 artículos incluidos para realizar el estudio, se analiza que el mayor porcentaje (58,8%) procede de los Estados Unidos con un total de 10 artículos, 2 (11,8%) de Brasil, 2 (11,8%) de Canadá, 1 (5,9%) de Australia y Nueva Zelanda, 1 (5,9%) de Inglaterra y por último, 1 (5,9%) de Chile.

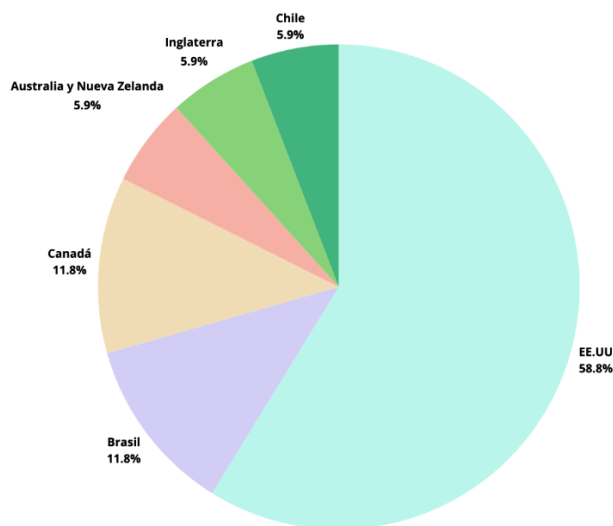


Figura 9. Porcentaje de artículos encontrados dependiendo del país. Fuente: Elaboración propia.

7.3. Artículos encontrados

TÍTULO	AUTORES	AÑO/PAÍS	DISEÑO	OBJETIVO	MUESTRA/POBLACIÓN	RESULTADOS/CONCLUSIÓN
PubMed						
Síndrome de abstinencia neonatal	McQueen K., Murphy-Oikonen J., et al.	2016, EE.UU.	Revisión bibliográfica	Resumir la literatura actual sobre el síndrome de abstinencia neonatal, incluyendo características clínicas, prevención, identificación y tratamiento.	No procede	La mayor incidencia del síndrome de abstinencia neonatal y los crecientes aumentos de los costos de atención médica asociados justifican una respuesta constante y un enfoque integral para mitigar los resultados negativos para los bebés afectados, sus madres, y el sistema de atención de salud.
Uso de crack en el embarazo: repercusiones para el recién nacido.	Modernel Xavier,D; Calcagno Gomes, G; et al.	2017, Brasil	Estudio cualitativo	Conocer los efectos para el recién nacido del uso de crack en el embarazo.	Entre enero de 2013 y junio de 2019, contactaron con 6950 mujeres de las	Se encontró que el uso de crack en el embarazo conlleva repercusiones

					clínicas prenatales en Mount Sinaí, de las cuales 2973 (43%) aceptaron participar. Posteriormente 24 se retiraron, dejando 2949 mujeres en la cohorte actual.	relacionadas en la salud del recién nacido y repercusiones relacionadas en la reestructuración familiar.
Violencia de pareja, estrés prenatal y uso de sustancias entre mujeres negras embarazadas	Zhang, L; Dailey, R K; et al	2021, EE.UU.	Estudio transversal	Examinar los efectos de mediación del estrés prenatal en las asociaciones entre la experiencia de violencia de pareja y las formas más comunes de uso de sustancias (es decir, fumar cigarrillos, beber alcohol y consumir marihuana) entre mujeres negras embarazadas.	Mujeres negras (N = 203) de la zona metropolitana de Detroit, Michigan y Columbus, Ohio, entre las semanas 8 y 29 de gestación.	El estrés percibido durante el embarazo medió parcialmente la asociación entre la experiencia previa de violencia de pareja y el consumo de marihuana entre mujeres negras embarazadas. Se necesitan intervenciones para reducir la violencia de género que reducirían el estrés durante el embarazo

						y, en consecuencia, reducir el abuso de sustancias para mejorar los resultados del embarazo y la salud materna y neonatal.
Disparidad racial/étnica en asociación entre el síndrome de alcoholismo fetal y la ingesta de alcohol durante el embarazo: estudio de cohorte retrospectivo multisitio.	Soyeon S., Bada Kang B., Park J, et al.	2023, EE.UU.	Estudio de cohorte retrospectivo multisitio	Evaluar las disparidades raciales/étnicas en el riesgo de síndrome alcohólico fetal (SAF) asociado con el consumo de alcohol durante el embarazo.	5 hospitales de los Estados Unidos de 595 mujeres que consumieron alcohol durante el embarazo de 2007 a 2017.	El riesgo de dar a luz a un bebé con SAF fue comparable entre mujeres blancas, negras e indias americanas/nativas de Alaska con niveles similares de consumo de alcohol durante el embarazo. Independientemente de la raza, un aumento de 1 gramo de alcohol resultó en mayor probabilidad de dar a luz a un bebé con anomalías

						faciales o crecimiento cerebral deficiente.
Asociación entre el consumo materno de cannabis y los resultados del parto: un estudio observacional.	Michalski, C A; Hung, R J; et al.	2020, Canadá	Estudio observacional	Determinar: 1. los factores asociados con el consumo de cannabis autoinformado en el período previo o temprano al embarazo. 2. si el consumo de cannabis está asociado con bajo peso al nacer, parto prematuro o bebés de tamaño pequeño para la edad gestacional.	Se recopilaron datos del cuestionario materno y de los resultados del parto de 2229 mujeres y 1778 bebés únicos en el Ontario Birth Study,	Los resultados sugieren que las mujeres que consumen cannabis en el momento de la concepción tienen mayor probabilidad de tener bebés pequeños para la edad gestacional.
Mejorar los resultados del parto para mujeres que consumen sustancias o tienen enfermedades	McRae D., Nazeem Muhajarine N., Janssen P.	2019, Canadá	Estudio de cohorte retrospectivo	Comprender para quién y bajo qué circunstancias la atención de obstetricia se asocia	Mujeres residentes de Columbia Británica, Canadá, con un feto único, si tenían un riesgo	Entre las mujeres con una posición socioeconómica baja en Columbia Británica, Canadá, la

<p>mentales: un estudio de cohorte canadiense que compara los modelos de atención prenatal de parteras y médicos para mujeres de posición socioeconómica baja</p>				<p>con mejores resultados en el parto.</p>	<p>médico/obstétrico de bajo a moderado, nacidos entre el 1 de abril de 2008 y el 31 de diciembre de 2012 y si recibieron un subsidio de seguro médico (n = 33.937).</p>	<p>partería prenatal en comparación con la atención obstetra se asoció con una reducción de las probabilidades de parto prematuro. Las probabilidades eran menores entre las mujeres con consumo de sustancias y enfermedades mentales, que entre las mujeres sin estos factores de riesgo.</p>
<p>Gravedad del síndrome de abstinencia de opioides neonatal con exposición prenatal a inhibidores de la recaptación de serotonina.</p>	<p>Bakhirev, L; Sparks, A; et al.</p>	<p>2022, EE.UU.</p>	<p>Cohorte prospectiva</p>	<p>Evaluar la gravedad del síndrome de abstinencia de opioides neonatal en bebés expuestos prenatalmente a medicamentos para el trastorno por consumo de</p>	<p>148 pares materno infantiles categorizados en grupos: Trastorno por el consumo de opioides (n = 127) y trastorno por el consumo de</p>	<p>El uso de SNRI entre mujeres embarazadas que toman medicamentos para el trastorno por consumo de opioides podría estar asociado con</p>

				opioides e inhibidores de la recaptación de serotonina (SNRI).	opioides + SNRI (n = 27). Se examinó el uso de hidroxizina, otros opioides, benzodiazepinas/sedantes, alcohol, tabaco, marihuana, edad gestacional y lactancia materna.	un síndrome de abstinencia de opioides neonatal más grave.
Resultados perinatales en mujeres embarazadas usuarias de drogas ilegales	Oliveira TA, Bersusa AA, Santos TF, et al.	2016, Brasil	Estudio observacional retrospectivo	Evaluar los resultados perinatales en mujeres embarazadas que consumen drogas ilícitas.	166 mujeres (83 usuarias y 83 no usuarias) en ambos grupos con una edad media de 26 años.	El consumo de drogas ilícitas, principalmente crack, representa un riesgo perinatal importante. Cualquier intervención médica en esta población debe combinar el cumplimiento de la atención prenatal con estrategias para reducir la exposición materna a drogas ilícitas.

Seguridad de la terapia de Reiki para recién nacidos con riesgo de síndrome de abstinencia neonatal	Radziewicz, RM; Wright-Esber, S; et al.	2018, EE.UU.	Estudio piloto de cohorte prospectivo	Determinar la viabilidad de administrar la terapia de Reiki en una sala neonatal entre los recién nacidos en riesgo de abstinencia y determinar la seguridad, como lo demuestra la medición de los efectos inmediatos de la terapia de Reiki en los neonatos (frecuencia cardíaca, oximetría de pulso y síntomas del síndrome de abstinencia neonatal (SAN).	Recién nacidos de 37 semanas de edad gestacional o más, ingresados en la sala de recién nacidos con un peso de 2 kg o más al momento del ingreso y que recibieron una puntuación SAN para el seguimiento de los síntomas de abstinencia.	La terapia de Reiki entre recién nacidos con riesgo de SAN es una intervención segura.
Scopus						
Toxicidad neonatal potencial de las nuevas sustancias psicoactivas	Fujiwara R., Journey M., Al-Doori F., et al.	2023, EE.UU.	Artículo de revisión	Discutir la posible toxicidad neonatal de las nuevas sustancias psicoactivas, haciendo hincapié en los cannabinoides sintéticos. Utilizando los modelos de predicción	No procede	Los profesionales de la salud no deben subestimar la toxicidad potencial de las nuevas sustancias psicoactivas en los recién nacidos, ya que pueden tener efectos a largo plazo en el cerebro en

				establecidos, identificando los cannabinoides sintéticos y sus metabolitos altamente acumulativos en la leche materna.		desarrollo.
Resultados de salud a corto plazo de los recién nacidos de madres que consumen sustancias en Australia y Nueva Zelanda: Una revisión sistemática	Oni HT., Khan MN., Abdel-Latif M., et al	2019, Australia y Nueva Zelanda.	Revisión sistemática	Examinar los resultados de salud a corto plazo de los recién nacidos de madres que consumen sustancias y sus características demográficas.	No procede	Los bebés de madres consumidoras de sustancias sufren una serie de resultados adversos de salud.
Mejora del acceso a la atención de maternidad para mujeres con trastornos por consumo de opioides: Colocación de servicios de partería en un	Goodman, D.	2015, EE.UU.	Estudio prospectivo	Demostrar que la participación en la atención prenatal mejora los resultados, incluso en ausencia de tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias.	Mujeres embarazadas y posparto con trastornos por consumo de sustancias	Las mujeres embarazadas con trastornos por consumo de sustancias se enfrentan a importantes barreras para acceder a la atención, incluido el transporte, las comorbilidades

<p>programa de tratamiento de adicciones</p>						<p>médicas y psiquiátricas y la mala comunicación entre los proveedores. Un enfoque coordinado en equipo es esencial para proporcionar una atención óptima a las mujeres embarazadas con trastornos por consumo de sustancias. La colocación de la atención de la partería en un programa de tratamiento de la adicción mejora la asistencia a la atención prenatal y la coordinación de la atención en todas las disciplinas. Las parteras deben abogar por la asignación de recursos para mejorar el acceso a la atención de las mujeres embarazadas con trastornos por</p>
--	--	--	--	--	--	---

						consumo de sustancias.
Web of Science						
Impacto de los planes de atención segura en los bebés expuestos a sustancias durante el período prenatal	Deutsch SA., Donahue J., et al.	2022 EE.UU.	Revisión retrospectiva	Evaluar el impacto de los recientes cambios en los estatutos federales que exigen programación de apoyo del Plan de Atención Segura basado en el bienestar infantil y vínculos comunitarios con proveedores de tratamiento, recursos y servicios para familias de bebés afectados por problemas prenatales a la exposición de sustancias.	Datos del registro de casos de bienestar infantil a nivel estatal de Delaware para notificaciones de nacimiento de bebés afectados por problemas prenatales a la exposición de sustancias e informes posteriores de las líneas directas por preocupaciones sobre lesiones físicas graves/mortales del 1 de noviembre de 2018 al 31 de octubre de 2020 (n=1436).	El Plan de Atención segura promueve vínculos de apoyo y potencialmente protectores con la programación comunitaria para familias de bebés afectados por problemas prenatales a la exposición de sustancias.
EBSCOhost						
Revisión del alcance de las asociaciones entre el uso de sustancias perinatales y la	Pentecost R., Latendresse G., Smid M.	2021 EE.UU.	Revisión bibliográfica	Evaluar la literatura publicada sobre las asociaciones entre el uso perinatal de sustancias, la	No procede	Hay escasez de investigaciones publicadas sobre la coexistencia del uso perinatal de

depresión y ansiedad perinatal.				depresión y ansiedad perinatal y los resultados maternos y neonatales conocidos .		sustancias y la depresión y ansiedad perinatal. Sin embargo, el uso de múltiples sustancias parece estar asociado con el mayor riesgo de depresión y ansiedad perinatal. Es esencial abordar el uso perinatal de sustancias y la depresión y ansiedad perinatal juntos para comprender mejor los efectos en los resultados maternos e infantiles.
Incertidumbre diagnóstica, produciendo síndrome de abstinencia neonatal.	Chandler, A., Whittaker, A., et al.	2022, Inglaterra	Estudio cualitativo	Demostrar cómo los procesos de anticipación, identificación y respuesta al SAN se caracterizan por una incertidumbre significativa entre los padres y los profesionales de la salud y la asistencia social.	Entrevistas con 16 padres que habían tenido recientemente un bebé con riesgo de SAN y grupos focales multidisciplinares con 27 profesionales de atención sanitaria y social, celebrados en Escocia, Reino Unido.	Considerar el SAN como un diagnóstico social, puede ayudar a producir respuestas clínicas y sociales a la incertidumbre que eviten, en lugar de promover, una mayor marginación de los padres que consumen drogas. Una de esas respuestas es

						desarrollar una cultura de atención basada en las relaciones que capacite tanto a los proveedores como a los usuarios de servicios para desafiar las prácticas y la toma de decisiones existentes.
Exposición a las drogas de abuso en el embarazo y crecimiento del lactante en el CONIN Valparaíso, Chile.	Piñuñuri, R; Mardones, C;	2015, Chile	Estudio caso-control, descriptivo, cuantitativo retrospectivo. y	Comparar medidas antropométricas entre neonatos expuestos a drogas por consumo materno durante el embarazo y un grupo control no expuesto de 0 a 6 meses de vida.	74 lactantes controles de un Centro de Salud de Valparaíso, Chile, y 61 lactantes expuestos a medicamentos durante la gestación de la Corporación de Nutrición Infantil (CONIN, Valparaíso, Chile).	El consumo materno de drogas durante el embarazo resulta en marcadas deficiencias en las características antropométricas del recién nacido y hasta los 6 meses de vida. Este hecho puede tener consecuencias metabólicas a largo plazo asociadas al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles durante la edad adulta.

<p>Protocolo clínico de ABM #21: directrices para la lactancia materna y el consumo de sustancias o el trastorno por consumo de sustancias, revisadas en 2015.</p>	<p>Reece-Stremtan S., Marinelli KA.</p>	<p>EE.UU, 2015</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>Proporcionar pautas basadas en la literatura para la evaluación y el tratamiento de la mujer con uso de sustancias o un trastorno por uso de sustancias que está considerando amamantar.</p>	<p>No procede</p>	<p>Las mujeres que consumen sustancias ilícitas en el período posnatal pueden presentar problemas de juicio y cambios de comportamiento secundarios que pueden interferir con la capacidad de la madre para cuidar a su bebé o amamantarlo adecuadamente. Las exposiciones pasivas a medicamentos pueden presentar riesgos adicionales para el bebé, cualquier mujer que recaiga en el consumo de drogas ilícitas o de sustancias legales después del establecimiento de la lactancia debe recibir un sustituto apropiado de la leche humana. El tratamiento continuo por abuso de sustancias, la</p>
--	---	--------------------	-----------------------------	---	-------------------	---

						atención posparto, la atención psiquiátrica cuando se justifique y la atención pediátrica son importantes para las mujeres con trastornos por uso de sustancias.
--	--	--	--	--	--	--

Tabla 3. Artículos encontrados. Fuente: Elaboración propia.

8. Discusión:

Los resultados de esta revisión bibliográfica muestran que las mujeres embarazadas consumidoras de sustancias psicoactivas presentan un perfil común caracterizado por una edad media situada entre los veinte años y un bajo nivel socioeconómico que por consiguiente da lugar al aislamiento social y la pérdida de hogar (34). Al mismo tiempo dichas mujeres presentan una baja formación académica, siendo la mayoría desempleadas o estudiantes, cuyo estado civil predominante es ser soltera o divorciada (35).

Por un lado, la salud mental presenta un papel relevante en el consumo de sustancias psicoactivas, debido a que las mujeres en edad reproductiva las utilizan con el fin de controlar y hacer frente a los síntomas que les genera el estrés psicológico y la ansiedad, producido por la depresión perinatal. No obstante, se manifestaba previamente al embarazo una historia de abuso (36).

Por otro lado, según el artículo analizado *Violencia de pareja, estrés prenatal y uso de sustancias entre mujeres negras embarazadas*, las mujeres de raza negra padecen mayor depresión, además de tener una tasa superior de violencia de pareja que las mujeres blancas, asociado a un mayor estrés. Como consecuencia hacen uso de sustancias psicoactivas, incluso durante el embarazo. Es importante destacar que las mujeres que han experimentado violencia sexual previa al embarazo presentan un mayor riesgo de padecer dicha agresión durante la etapa perinatal, lo que ocasiona un mayor consumo de sustancias para así paliar la ansiedad que esta les genera. Así pues, se considera el consumo de tóxicos como un factor de riesgo o una consecuencia de la violencia de género (37).

Además de ello, en el artículo se examina que coexiste una relación directa entre el consumo de tóxicos y la etnia negra como mecanismo de defensa ante la discriminación racial a la que dichas mujeres son expuestas (37).

Por lo que refiere a los resultados respecto a la adicción de las drogas durante el proceso perinatal y postnatal, este produce repercusiones negativas tanto en la mujer gestante como en el feto y en el recién nacido. Por esta razón, de forma independiente

y mediante el estudio de cada uno de los artículos escogidos, se han analizado los efectos así como las consecuencias que ocasionan cada una de las sustancias psicoactivas escogidas (38).

- **Tabaco:**

Cabe señalar la coexistencia de una relación directa entre la adicción al tabaco y el consumo de cannabis y alcohol, produciendo efectos negativos en el feto (38). Entre las complicaciones se encuentra un mayor riesgo de restricción del crecimiento intrauterino, así como de placenta previa, desprendimiento de placenta y como consecuencia de ello el aborto espontáneo. Dicha repercusión ocasionada por el tabaco se debe concretamente al cadmio, uno de los metales pesados que lo componen, este es capaz de acumularse en la sangre materna y traspasar la barrera placentaria. Además el hábito tabáquico ocasiona menor perímetro cefálico al nacer, al igual que diversas complicaciones cardiovasculares como puede ser la hipertensión. Asimismo también afecta en el peso y longitud pudiendo producir retrasos en la talla hasta los 8 meses. Es relevante resaltar que el humo del tabaco aumenta la incidencia de alergia respiratoria en los recién nacidos (39).

Por su parte, la lactancia materna contribuye a la salud y bienestar del recién nacido, favoreciendo el vínculo entre éste y la madre. Por consiguiente, fumar tabaco está asociado a una menor tasa de lactancia materna, además la nicotina y el resto de componentes tóxicos pueden transferirse al bebé a través de la leche (39). De aquí la importancia de ofrecer apoyo a la madres para así evitar el abandono de la lactancia materna y garantizar su éxito (40).

Por lo tanto, algunas de las estrategias que puede ofrecer enfermería para abandonar el hábito tóxico son la sustitución del tabaco por parches o chicles de nicotina, ambos compatibles con la lactancia materna. Al mismo tiempo es conveniente incentivar a la madre a reducir la cantidad de cigarrillos consumidos, así como evitar la exposición del bebé al humo (39).

- **Alcohol:**

Respecto al alcohol, es relevante destacar que la mayoría de las veces la mujer embarazada lo consume junto con otras sustancias tóxicas (41). Pudiendo llegar a producir un conjunto de afecciones conocidas como espectro de trastorno de alcoholismo fetal (FASD) y síndrome alcohólico fetal (SAF), siendo este último el más grave. Dichas afecciones se describen como anomalías congénitas, dismorfias faciales, restricciones en el crecimiento y deficiencias cognitivas, sociales, conductuales y emocionales (42).

Por consiguiente, cabe destacar la gravedad que supone el elevado consumo de alcohol entre las mujeres durante el embarazo, siendo este un 10%. Como resultado, uno de cada trece recién nacidos padecerá FASD, y uno de cada sesenta y siete nacerá con síndrome alcohólico fetal. No obstante, dependiendo del trimestre en el que se realiza el consumo de etanol la gravedad y la probabilidad de dar a luz a un recién nacido con SAF varía. Concretamente, existe un 25% de probabilidad de que el recién nacido padezca SAF si el consumo de la madre ha superado los 40 gramos puros de etanol durante el primer trimestre y un 25% si ha consumido más de 30 gramos durante los tres trimestres del embarazo. Como se ha podido analizar, a mayor consumo de etanol mayor probabilidad de dar a luz a un recién nacido con SAF (42).

Como ya se ha mencionado anteriormente, existe un estigma alrededor de la raza negra que afecta en el diagnóstico provocando resultados adversos y erróneos debido a la falta de atención que reciben estas mujeres durante el embarazo. Por ello, el riesgo de padecer SAF en bebés negros es siete veces superior en comparación con los bebés de raza blanca (42). Además, es importante agregar que el consumo de alcohol se ha visto relacionado con la violencia de pareja durante el proceso de gestación (37).

Por su parte, el alcohol es perjudicial tanto para la salud del feto como para la de la madre, pudiendo ocasionar depresión y aborto espontáneo. Así como un déficit de vitaminas del complejo B y minerales. Dentro de este marco, se analiza que el alcohol aumenta las demandas metabólicas hepáticas de la madre, disminuyendo los procesos de gluconeogénesis y glucogenólisis, y el aporte energético para el feto. De igual forma que en la nicotina, el alcohol también produce complicaciones

cardiovasculares. Sucede pues que dichas sustancias son capaces de contraer el cordón umbilical generando hipoxia fetal, y a consecuencia de ello un aumento de la limitación del crecimiento intrauterino, pudiendo llegar a producir nacimientos prematuros. Además, cabe resaltar la disminución en cuanto al peso, talla y circunferencia cefálica que ocasiona el consumo de dicha sustancia (39).

Cabe considerar que, cada aumento de un gramo de alcohol afecta negativamente al neonato, aumentando la probabilidad de crecimiento cerebral deficiente o anomalías faciales como pueden ser fisuras palpebrales cortas, un borde más delgado de bermellón del labio superior, etc (42). Asimismo, el consumo excesivo de alcohol presenta una relación directa con la parálisis facial adquirida (35).

En consecuencia, los bebés de madres consumidoras de etanol obtienen puntuaciones más bajas en el test de Apgar en comparación con los bebés no expuestos a dicha sustancia (35). Ocasionando en los casos más graves el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) (43).

En concordancia con la nicotina, el alcohol interfiere en el vínculo que se genera a través de la lactancia materna, puesto que se transfiere fácilmente a la leche materna y afecta al reflejo de eyección de la leche, reduciendo así su producción, y como resultado dando lugar a una lactancia deficiente. Así pues, el consumo de alcohol durante la lactancia es un problema a tratar ya que la mitad de las mujeres que amamantan en Occidente consumen alcohol ocasionalmente (40).

Notablemente, el papel de enfermería es de gran importancia para ayudar a las madres en la reducción del consumo. Una de las estrategias es exponer a las consumidoras a pruebas y cuestionarios para detectar el consumo con el fin de derivarlas a un programa de tratamiento para la adicción perinatal (35). Además, se ha comprobado que la frecuencia de consumo, la cantidad ingerida y el tipo de alcohol tienen una relación directa con el riesgo de padecer SAF (42). Así pues, otra estrategia recomendada por la OMS para ayudar a las mujeres consumidoras en la lactancia es esperar durante dos horas después del consumo para amamantar, asegurando así la completa eliminación de alcohol en la leche materna (37).

- **Cannabis:**

En referencia a la marihuana y al igual que sucede con las sustancias ilícitas mencionadas anteriormente, se suele consumir simultáneamente con otras drogas, y como consecuencia su efecto se agrava. No obstante, esto suele ocurrir durante el primer y segundo trimestre, ya que en el tercero disminuye el policonsumo quedando únicamente la marihuana. Como resultado, está afecta positivamente al crecimiento fetal debido al aumento de la ingesta calórica posterior al consumo de la droga por parte de la madre y debido a la disminución de la transferencia del principal componente de la marihuana, el THC, a través de la placenta (39,40).

En consecuencia al consumo y en igual forma que ocurre con las sustancias mencionadas anteriormente, el abuso de cannabis produce abrupción de placenta, además afecta a la regulación de la glucosa y la insulina pudiendo retrasar el crecimiento intrauterino e incrementa la posibilidad de parto prematuro espontáneo. Por tal causa, se ve aumentada la posibilidad de que el bebé nazca con un Apgar < 7, pequeño para la edad gestacional y con letargia e hipotonía (38,39). Por consiguiente, la probabilidad de ingresar en la UCIN es entre dos y cuatro veces mayor en comparación con los bebés no expuestos a cannabinoides, siendo tres días la duración media de su estancia (35).

Paralelamente, se ha estudiado que no únicamente afecta el propio consumo de cannabis, sino que los recién nacidos expuestos al humo tienen mayor posibilidad de sufrir muerte súbita del lactante (40).

Ahora bien, la marihuana también tiene repercusiones a medida que el niño crece. Se ha estudiado que a la edad de los cuatro años presentan alteraciones neurofuncionales, como una disminución de la capacidad verbal y de la memoria. Durante la edad escolar tienen mayor riesgo de padecer alteraciones neuroconductuales como la hiperactividad. Y en la adolescencia, manifiestan dificultades para resolver problemas, presentan déficit de atención y un mayor peso y talla, y una menor circunferencia cefálica (39,40).

Se afirma, que la sustancia psicoactiva más consumida durante el embarazo es el cannabis. El perfil de la mujer consumidora se relaciona con un nivel socioeconómico

bajo. Estas, además, tienden a ser jóvenes y presentan mayor probabilidad de beber alcohol, fumar tabaco y usar analgésicos (38). En relación con las mujeres víctimas de la violencia de pareja y de discriminación racial, estas tienen más probabilidades de fumar marihuana debido al estrés psicológico y al dolor físico y emocional que estas situaciones les ocasiona (37).

Acerca de la lactancia, el THC se encuentra presente en la leche materna hasta ocho veces mayor que en la circulación sanguínea, lo que produce que sea absorbido y metabolizado por el bebé llegando a desarrollar reacciones tóxicas debido a su acumulación en los tejidos grasos y su distribución durante semanas y meses por el cerebro y por el tejido adiposo (40,44).

En cuanto al papel de enfermería, realizar controles toxicológicos de orina periódicos ayudaría a la detección precoz. Sin embargo, dichos controles no son capaces de diferenciar si la usuaria hace un consumo ocasional o crónico debido a la larga vida del THC. De la misma forma, se pueden analizar las heces de los recién nacidos (40).

- **Cocaína:**

Respecto a la última droga analizada, la cocaína, incrementa el riesgo de sufrir complicaciones maternas y fetales. Por esta razón, se dividen las distintas consecuencias que puede ocasionar dicha sustancia psicoactiva en función del mes del embarazo y el período del embarazo en el que se encuentre la madre.

Notablemente, al igual que ocurre con el resto de drogas, el consumo de crack desencadena una respuesta en la madre la cual le ocasiona una inhibición del apetito, repercutiendo directamente en el feto y ocasionando una restricción del crecimiento intrauterino el cual produce un bajo peso y talla en el nacimiento. Generalmente algunas de las complicaciones relacionadas con el bajo peso intrauterino son las deficiencias de minerales y de diferentes vitaminas, si apelamos a un ejemplo destacamos el ácido fólico y aquellos que pertenecen al complejo B (39,45).

De modo similar, dicho dispendio maternal ocasiona en el bebé una serie de anomalías que afectan a los diferentes sistemas que componen al feto. Por un lado,

estas anomalías pueden repercutir tanto en la pared abdominal como en el sistema genitourinario, un ejemplo de este último es la hipospadia. Por otro lado y con relación al aparato respiratorio y cardiovascular destacamos la taquipnea, taquicardia e hipertensión arterial respectivamente. No obstante, en relación con el último riesgo nombrado, se ha analizado que la mayor prevalencia de que ocurra es a los seis años de edad (39,45).

Al mismo tiempo cabe añadir que el consumo también ocasiona malformaciones congénitas cerebrales que producen en el recién nacido trastornos en la diferenciación y migración neuronal, por lo que desencadenan anomalías como la microcefalia, hidrocefalia, anencefalia...Paralelamente y al igual que sucede con algunas de las drogas anteriormente mencionadas, también pueden producirse defectos relacionados con el bajo peso, talla y circunferencia cefálica de nacimiento con una duración de hasta los 24 meses de edad (39,45).

De la misma forma que ocurren defectos congénitos a nivel neuronal también pueden producirse malformaciones a nivel facial y en el resto del cuerpo humano. Un ejemplo de estos son el paladar y labio hendido, las fisuras orales y de pómulos, estenosis de recto, luxación de cadera, columna bífida...(39).

Como se ha descrito con anterioridad, las repercusiones del consumo de cocaína por parte de la gestante afectan de manera conjunta tanto en la madre como en el feto. La rotura temprana de las membranas ovulares, así como el desprendimiento de placenta son unas de las repercusiones que puede afectar en el vínculo materno fetal, ya que dichas complicaciones producen una estancia hospitalaria prolongada debido al parto prematuro y al síndrome de abstinencia neonatal que se genera. Sin embargo, cabe destacar que en una madre consumidora de crack existe una mayor probabilidad de que se desarrollen, durante el período de gestación, graves complicaciones como los infartos de placenta y en el peor de los casos la muerte súbita (39).

De modo similar que ocurre con la marihuana, la cocaína también produce graves repercusiones que afectan a medida que el bebé crece y se desarrolla. Se ha

investigado que durante el primer mes de vida el recién nacido puede presentar alteraciones neuroconductuales como la irritabilidad, excitabilidad, estrés, hipertensión e inmadurez motora la cual ocasiona una disminución del estado de la alerta (39,45).

Además, es importante considerar las malformaciones congénitas cerebrales que se han nombrado con anterioridad y que ocurren durante el período perinatal, ya que presentan una relación directa con las repercusiones que se desarrollan respecto a la maduración neurológica del niño. Dichas alteraciones pueden reflejarse en diversos comportamientos que tienen que ver con los procesos de aprendizaje y desarrollo cognitivo. Algunos de ellos son la dificultad en cuanto al aprendizaje escolar, problemas en las relaciones sociales, el trastorno de adaptación y el mantenimiento de vínculos afectivos saludables con el entorno (39).

Así mismo, a causa del riesgo relacionado con el consumo de drogas y la dificultad que supone para la madre cuidar al recién nacido, la gran mayoría de los bebés son ingresados de manera directa tras su nacimiento a la UCIN (46). Por tanto, con el objetivo de aumentar la tasa de supervivencia de los neonatos de mujeres adictas a la cocaína, ha sido necesaria la implementación de tecnologías médicas. Estas incluyen monitores cardíacos y respiradores, bombas de infusión, incubadoras, máquinas de ventilación asistida, etc. Como resultado, estos bebés sobreviven gracias a la atención proporcionada por los dispositivos tecnológicos y por los avances farmacológicos (45).

Cabe considerar, que el consumo de cocaína se relaciona con sufrir violencia de pareja, de hecho las mujeres víctimas de violencia de género tienen un mayor riesgo de consumir cocaína (37). Por añadidura, la exposición a sustancias psicoactivas durante el periodo de gestación incrementa la probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual como son el VIH o la sífilis congénita, entre otras. Por consiguiente, dicho consumo puede incluso llegar a ocasionar la muerte de la madre dependiente (45).

Al igual que se ha observado en las drogas anteriores, la lactancia materna es una contraindicación en madres usuarias de cocaína. Esto es debido a la malnutrición por parte de la gestante y por la probabilidad de trastornos psiquiátricos ocasionados por la abstinencia a la sustancia, como pueden ser agresividad y falta de afecto hacia el

bebé. Este comportamiento desinteresado hacia el niño supone un riesgo, existiendo casos de abandono al bebé en el hospital puesto que rechazan cuidar de este (45).

Se plantea pues el papel esencial de enfermería, ya que resulta necesario identificar y contactar con las mujeres embarazadas consumidoras, con el objetivo de brindarles una atención personalizada basada en el embarazo de alto riesgo. También es importante la detección precoz de las necesidades de los neonatos de estas mujeres, con el fin de implementar acciones que reduzcan al mínimo las repercusiones del consumo de cocaína (45).

Es por ello, la necesidad de activar programas específicos dedicados al tratamiento de mujeres embarazadas dependientes de sustancias psicoactivas, así como de los recién nacidos que necesitan cuidados intensivos. Esta situación demanda un compromiso por parte de todos los profesionales sanitarios para trabajar en la prevención, en la detección precoz y en el tratamiento más adecuado para estos casos, con el fin de rehabilitar tanto a la madre como al neonato y prevenir las complicaciones asociadas al consumo (45).

- ***Síndrome de abstinencia neonatal:***

Otro tema a tratar es el síndrome de abstinencia neonatal (SAN), este se define como un trastorno grave que afecta a los recién nacidos de madres consumidoras de sustancias psicoactivas. Perjudica mayormente al sistema nervioso central, autónomo y gastrointestinal. Los síntomas asociados con el SAN pueden iniciarse entre las primeras 24 a 72 horas, o incluso pueden tardar varios días en aparecer. Estos varían en función de la cantidad de sustancias a las que ha sido expuesto el recién nacido, el tiempo de exposición a la droga y la hora de la última dosis. Sin embargo, las más frecuentes son fiebre, pérdida de peso y talla, irritabilidad, taquipnea, temblores, convulsiones e ictericia (47–49).

Ahora bien, un SAN más grave indica un mayor consumo de drogas, ocasionando así el ingreso del recién nacido a la UCIN (47). La duración de la estancia hospitalaria oscila entre los 17 y 23 días dependiendo de la gravedad y del tratamiento requerido; según la revisión bibliográfica *Síndrome de abstinencia neonatal* del 60 al 80% de los

recién nacidos que padecen SAN requieren tratamiento farmacológico, lo que supone un mayor uso de recursos sanitarios aumentado así el coste de la hospitalización (50).

Manifiestar SAN no únicamente supone la necesidad de tratamiento farmacológico, sino que este requiere de diversas intervenciones como el seguimiento de los síntomas, el control de los parámetros fisiológicos e intervenciones de apoyo no farmacológicas. Estas últimas consisten en promover un ambiente tranquilo y relajante, libre de estímulos, y atendiendo de manera temprana las necesidades del recién nacido (48).

Existen diversas terapias no farmacológicas que fomentan el bienestar del bebé. Se dividen en táctiles y no táctiles. Ambas producen respuestas óptimas en el sistema simpático y parasimpático de los recién nacidos, mejorando los valores de la frecuencia cardiaca. Por un lado, en las táctiles se requiere del contacto piel con piel y la realización de masajes. Por otro lado, en las no táctiles se encuentra el Reiki, una terapia complementaria de procedencia oriental, que favorece la relajación, reduce la ansiedad así como la tensión y mejora el ciclo del sueño (48).

Sucede pues, que se necesita de una escala de puntuación para valorar la gravedad del SAN y el tipo de tratamiento farmacológico necesario. La más utilizada en Estados Unidos es la escala de Finnegan (48,50). No obstante, no se aplica universalmente y tiene diferentes adaptaciones. No se ha podido analizar la escala más utilizada en España debido a que ningún artículo seleccionado para la revisión bibliográfica pertenece a dicho país. Por ello es necesario la continua investigación, así como el desarrollo de herramientas estandarizadas y protocolos basados en la evidencia clínica que faciliten evaluaciones óptimas en los recién nacidos (50).

De la misma manera, existen pruebas biológicas tanto para la madre como para el recién nacido que detectan la exposición a sustancias tóxicas. Dichas pruebas en el bebé, consisten en el análisis del meconio, del pelo, de la sangre del cordón y de la orina. Así mismo, la tasa de resultados positivos es mayor en las pruebas biológicas que en las entrevistas a la mujer embarazada. Cabe destacar que en los análisis realizados a las madres se requiere de su consentimiento, a diferencia de los realizados a los recién nacidos que no se necesita consentimiento paterno (50).

Debe señalarse, que la detección de SAN puede tener repercusiones legales para los padres pudiendo llegar a perder la custodia de sus hijos. Por ello, algunas mujeres embarazadas niegan el consumo de sustancias así como la ayuda sanitaria durante el periodo prenatal con el fin de evitar las consecuencias jurídicas (50). Así pues, existe un sentimiento de impotencia por parte de los progenitores generado por los profesionales sanitarios al sentirse excluidos de las decisiones sobre sus hijos y teniendo siempre presente la posible pérdida de la custodia (47).

- **Limitaciones:**

Una de las principales limitaciones de esta revisión bibliográfica ha sido la elección de los artículos a estudiar debido a que una determinada cantidad no cumplía con el criterio de inclusión de ser gratuito. Así mismo, ningún artículo seleccionado ha sido estudiado en España. Por ello, ambas limitaciones ponen en evidencia la escasez de investigación en el tema analizado.

De la misma forma, se ha observado que en los estudios seleccionados la muestra escogida era reducida. Debido a esto, es imprescindible disponer de los recursos necesarios para llevar a cabo investigaciones capaces de abarcar una mayor población.

- **Fortalezas:**

A pesar de las limitaciones mencionadas con anterioridad, existen evidencias suficientes que avalan la importancia del papel de enfermería en la prevención y en el seguimiento del consumo de sustancias adictivas en las mujeres embarazadas, para así reducir las repercusiones originadas por dicho consumo.

9. Conclusión:

Nuestra revisión bibliográfica confirma que los cuidados de enfermería dirigidos a mujeres gestantes consumidoras de sustancias adictivas tienen un impacto positivo en la salud del recién nacido. A partir del análisis precedente, se llega a la conclusión que independientemente de la droga a la que fueron expuestos los recién nacidos durante el período de gestación, la mayoría presentaron menor peso al nacer, mayor probabilidad de ser prematuros y por tanto, de padecer problemas alimentarios y respiratorios. Como consecuencia, su estancia hospitalaria fue más prolongada.

Como resultado a dicho consumo y tal como se ha expuesto anteriormente, los bebés presentan mayor riesgo de padecer SAN. Dicho diagnóstico ocasiona un mayor gasto sanitario y un estigma hacia los padres consumidores, los cuales niegan el consumo para evitar las repercusiones legales y seguir participando en el seguimiento y cuidado del recién nacido.

Así pues, el SAN requiere de servicios colaborativos que engloben la detección precoz, programas y servicios de protección infantil y de seguimiento a la drogodependencia, además de garantizar un entorno maternal seguro, libre de estigmas y de culpabilidad con el fin de evitar alteraciones en la relación con los profesionales sanitarios.

Lo que es más, pocos sistemas sanitarios cuentan con protocolos de detección y seguimiento en el consumo de sustancias durante la gestación debido a la falta de formación.

Teniendo en cuenta la evidencia, concluimos que el personal de enfermería tiene un papel fundamental en la detección, prevención y seguimiento del consumo. Y en conjunto, los servicios de salud deben proporcionar una atención individualizada a esta población, evaluando el impacto futuro originado por el consumo de las drogas ilícitas durante el embarazo, debido no únicamente a las consecuencias médicas sino también a la problemática social.

10. Bibliografía:

1. Imaz ML, Navinés R, Gelabert E, Fonseca F, Gutierrez-Zotes A, Guillamat R, et al. Consumo de sustancias durante el embarazo y dimensiones de personalidad. Adicciones [Internet]. 2 de diciembre de 2020 [citado 7 de diciembre de 2023];0(0). Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1433>
2. Pérez López JA. Tabaco, alcohol y embarazo en Atención Primaria. Med Integr. 15 de noviembre de 2000;36(9):343-54.
3. Blasco-Alonso M, González-Mesa E, Montes MG, Bravo IL, Galdón FM, Campos FC, et al. Exposición a tabaco, alcohol y drogas de abuso en gestantes. Estudio de prevalencia en gestantes de Málaga (España). Adicciones. 17 de junio de 2015;27(2):99-108.
4. Fuente LDL, Teresa Brugal M, Domingo-Salvany A, Bravo MJ, Neira-León M, Barrio G. Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. Rev Esp Salud Publica. octubre de 2006;80(5):505-20.
5. González Llona I, Tumuluru S, González-Torres MÁ, Gaviria M. Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. Rev Asoc Esp Neuropsiq. septiembre de 2015;35(127):555-71.
6. Carr S, Klinger S, Manthey J, Isorna Folgar M, Amatller Gutiérrez O, Carballo Crespo JL, et al. SOCIDROGALCOHOL Guía clínica de cannabis. :1-300.
7. tabacopedia.com [Internet]. 2015 [citado 24 de abril de 2024]. Historia del Tabaco - Tabacopedia. Disponible en: <http://www.tabacopedia.com/es/tematicas/historia-del-tabaco/>
8. Villalbí JR. Licencia para matar: una historia del tabaco en España. [Internet]. ScieEIO Public Health; 2017 [citado 24 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/gs/2017.v31n1/74-74/es/#>
9. Ministerio de sanidad - Gobierno de España. INFORME 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. 2023;56.
10. 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. 6 de noviembre de 2020;16:e2509.
11. Samudio Domínguez GC, Correa A, Brítez Martínez IC, Vera Quintana LM, Ortiz Cuquejo LM. Frecuencia de consumo de drogas adictivas ilícitas en gestantes

- o puérperas y su detección en recién nacidos en un hospital materno-infantil de Asunción. 2023;50(1):48-57.
12. Abuso de sustancias - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
 13. Dirección General de Tráfico. Las drogas y los medicamentos [Internet]. Disponible en: https://www.dgt.es/export/sites/web-DGT/.galleries/downloads/conoce_la_dgt/que-hacemos/educacion-vial/adultos/no-formal/drogas.pdf
 14. Pascale A. Consumo de drogas durante el embarazo. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención. 2017;7-13.
 15. Sierra AM, Lopez-Vilchez M, Panadès AP. Abuso de tóxicos y gestación.
 16. Portal Plan Nacional sobre Drogas - SITUACIONES DE ESPECIAL RIESGO [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/tabaco/menuTabaco/situacionesRiesgo.htm>
 17. Ferrero MMR, Bermejo-Sánchez E, Martínez-Frías ML. Consumo de tabaco durante el embarazo.
 18. Chinchilla Araya T, Durán Monge M del P, Chinchilla Araya T, Durán Monge M del P. Efectos fetales y posnatales del tabaquismo durante el embarazo. Medicina Legal de Costa Rica. diciembre de 2019;36(2):68-75.
 19. Portal Plan Nacional sobre Drogas - Alcohol [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/alcohol/home.htm>
 20. Umpiérrez E, Umpiérrez E, Castro MM. Consumo de alcohol, cocaína y cafeína en el embarazo: efectos sobre el embarazo y el niño [Internet]. Universidad de la República; 2014 [citado 7 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://elibro-net.sabidi.urv.cat/es/ereader/urv/79726?page=20>
 21. López A, Chavarría R, Oviedo G. Dilema terapéutico: síndrome de abstinencia alcohólica y encefalopatía hepática concurrentes. A propósito de un caso. RCP. 1 de enero de 2021;50(1):52-6.
 22. Pascale A, Laborde A, Pascale A, Laborde A. Efectos del consumo de cannabis durante el embarazo y la lactancia. Archivos de Pediatría del Uruguay. junio de 2019;90(3):72-88.

23. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Plan Nacional sobre Drogas. [citado 4 de diciembre de 2023]. Portal Plan Nacional sobre Drogas - Cannabis. Disponible en: <https://pnspd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/cannabis/home.htm>
24. Abuse NI on D. El Cannabis (marihuana) – DrugFacts | National Institute on Drug Abuse (NIDA) [Internet]. 2019 [citado 4 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-cannabis-marihuana>
25. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad. Plan Nacional sobre Drogas. [citado 4 de diciembre de 2023]. Portal Plan Nacional sobre Drogas - Cocaína. Disponible en: <https://pnspd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/cocaina/home.htm>
26. Abuse NI on D. ¿Cuáles son las consecuencias del consumo de cocaína en las mujeres embarazadas? | National Institute on Drug Abuse (NIDA) [Internet]. -- [citado 4 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/cuales-son-las-consecuencias-del-consumo-de-cocaina-en-las-mujeres-e>
27. González Rabelino G, Castelli Rodríguez L, Rabelino GG. Consumo de pasta base de cocaína y cocaína en mujeres durante el embarazo. 2015 [citado 7 de diciembre de 2023]; Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/urv/31015>
28. Manual MSD versión para público general [Internet]. [citado 4 de diciembre de 2023]. Table: Etapas del embarazo. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/multimedia/table/etapas-del-embarazo>
29. Navarro P. Clasificación del RN: facilitar el diagnóstico y prevenir complicaciones [Internet]. Campus Vygon. 2021 [citado 4 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://campusvygon.com/clasificacion-rn/>
30. Martín Irionda Sanz, Ana Martín Ancel. Escola Salut SJD. 2023 [citado 24 de abril de 2024]. La puntuación de Apgar es la evaluación inmediata que se realiza al recién nacido. ¿En qué consiste? Disponible en: <https://escolasalut.sjdhospitalbarcelona.org/es/consejos-salud/seguridad/puntuacion-apgar-que-es>
31. Leitão FNC, Torres JG de S, Dias ER da SD, Torres JST, Lopes AGPL, Ferreira CRT. ESCALA DE APGAR EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS: REVISÃO SISTEMÁTICA. Revista Multidisciplinar em Saúde. 11 de diciembre de 2023;4(4):59-73.
32. Menéndez García X, Álvarez García N, García Rodríguez J. Sustancias

- adictivas y embarazo: Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos. *RqR Enfermería Comunitaria*. 2018;6(2):34-49.
33. Alves B/ O/ OM. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde [Internet]. [citado 15 de enero de 2024]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>
 34. McRae DN, Muhajarine N, Janssen PA. Improving birth outcomes for women who are substance using or have mental illness: a Canadian cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care for women of low socioeconomic position. *BMC Pregnancy Childbirth*. 6 de agosto de 2019;19(1):279.
 35. Oni HT, Khan MN, Abdel-Latif M, Buultjens M, Islam MM. Short-term health outcomes of newborn infants of substance-using mothers in Australia and New Zealand: A systematic review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2019;45(9):1783-95.
 36. Pentecost R, Latendresse G, Smid M. Scoping Review of the Associations Between Perinatal Substance Use and Perinatal Depression and Anxiety: *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. julio de 2021;50(4):382-91.
 37. Zhang L, Dailey RK, Price M, Misra DP, Giurgescu C. Intimate partner violence, prenatal stress, and substance use among pregnant Black women. *Public Health Nurs*. julio de 2021;38(4):555-63.
 38. Michalski CA, Hung RJ, Seeto RA, Dennis CL, Brooks JD, Henderson J, et al. Association between maternal cannabis use and birth outcomes: an observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 11 de diciembre de 2020;20(1):771.
 39. Piñuñuri R, Mardones C, Valenzuela C, Estay P, Llanos M. [Exposition to drugs of abuse in pregnancy and breastfed babies growth in CONIN Valparaíso, Chile]: *Nutricion hospitalaria*. *Nutr Hosp*. 1 de mayo de 2015;31(5):2070-8.
 40. Reece-Stremtan S, Marinelli KA. ABM clinical protocol #21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015: *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*. *Breastfeed Med*. abril de 2015;10(3):135-41.
 41. Deutsch SA, Donahue J, Parker T, Hossain J, Loiselle C, De Jong AR. Impact of Plans of Safe Care on Prenatally Substance Exposed Infants. *J Pediatr*. febrero de 2022;241:54-61.
 42. Oh SS, Kang B, Park J, Kim S, Park EC, Lee SH, et al. Racial/Ethnic Disparity in Association Between Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol Intake During Pregnancy: Multisite Retrospective Cohort Study. *JMIR Public Health Surveill*. 21 de

abril de 2023;9:e45358.

43. Bakhireva LN, Sparks A, Herman M, Hund L, Ashley M, Salisbury A. Severity of neonatal opioid withdrawal syndrome with prenatal exposure to serotonin reuptake inhibitors. *Pediatr Res.* marzo de 2022;91(4):867-73.
44. Fujiwara R, Journey M, Al-Doori F, Bell P, Judge B, Miracle K, et al. Potential neonatal toxicity of new psychoactive substances. *Pharmacology and Therapeutics.* 2023;248.
45. Modernel Xavier D, Calcagno Gomes G, Portella Ribeiro J, Soares Mota M, Quadros Alvarez S. Use of crack in pregnancy: repercussions for the newborn. *Invest Educ Enferm.* octubre de 2017;35(3):X.
46. Oliveira TA, Bersusa AAS, Santos TFD, Aquino MMA de, Mariani Neto C. Perinatal Outcomes in Pregnant Women Users of Illegal Drugs. *Rev Bras Ginecol Obstet.* abril de 2016;38(4):183-8.
47. Chandler A, Whittaker A, Cunningham-Burley S, Elliott L, Midgley P, Cooper S. Diagnosing uncertainty, producing neonatal abstinence syndrome: *Sociology of Health & Illness.* SOCIOL HEALTH ILLN. 2 de agosto de 2020;42:35-50.
48. Radziewicz RM, Wright-Esber S, Zupancic J, Gargiulo D, Woodall P. Safety of Reiki Therapy for Newborns at Risk for Neonatal Abstinence Syndrome. *Holist Nurs Pract.* 2018;32(2):63-70.
49. Goodman D. Improving Access to Maternity Care for Women with Opioid Use Disorders: Colocation of Midwifery Services at an Addiction Treatment Program. *Journal of Midwifery and Women's Health.* 2015;60(6):706-12.
50. McQueen K, Murphy-Oikonen J. Neonatal Abstinence Syndrome. *N Engl J Med.* 22 de diciembre de 2016;375(25):2468-79.