



Prevalencia y percepción de riesgo del consumo de Pasta Base de Cocaína en la gestación en una población de puérperas atendidas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Alicia Roldán

Leticia Riveira

Verónica Torrado

Victoria Rey

Orientadores: **Profesor** Gabriel González, Departamento de Neuropediatría
Profesor Agregado Claudio Sosa, Ginecología C. Profesor Agregado Mario Moraes. Departamento de Neonatología, CHPR

Índice de Contenidos:

- **Resumen**.....pág.3
- **Justificación del tema**.....pág.3
 - Consumo de cocaína-PBC en diferentes países.....pág.3
 - Complicaciones del consumo en la gestación.....pág.5.
 - Percepción de riesgo en la población.....pág.7
- **Marco Teórico. ¿Qué es la cocaína y la PBC?**.....pág.8
 - Epidemiología.....pág.11
- **Objetivo General. Objetivos Específicos**.....pág.12
- **Metodología de trabajo**.....pág.12
- **Resultados. Características sociodemográficas**.....pág.15
- **Resultados. Consumo y Percepción de riesgo**.....pág.19.
- **Discución**.....pág.21
- **Conclusiones**.....pág.22
- **Bibliografía**.....pág.23

Resumen:

Este estudio se llevó a cabo en el período mayo-setiembre del 2014, se realizaron 273 encuestas cara a cara a mujeres en estado puerperal, en las 72 horas posteriores al parto internadas en el Hospital Pereira Rosell ,nos planteamos determinar la prevalencia y percepción de riesgo del consumo de cocaína en el embarazo, la información recibida, su consumo durante este período, y valorar que consecuencias negativas cree la madre que produce en el feto el consumo de esta droga.

Los hallazgos fueron que de nuestra población encuestada el 26,7% era menor de 19 años, en cuanto al estado civil 41,4% de las madres eran solteras y 51,6% concubinas, 53,4% de estos embarazos no fueron buscados, 89,9% se realizó 5 o más controles. De las puérperas encuestadas el 1,1% declaró haber consumido cocaína, todas en el primer trimestre de la gestación. En cuanto a la percepción de riesgo el 99,3% considera que el consumo de cocaína en el embarazo podría tener consecuencias negativas para el recién nacido.

Justificación de tema:

La utilización de Clorhidrato de Cocaína en nuestro país como sustancia recreativa se conoce desde varias décadas atrás, pero en el inicio del siglo XXI con el ingreso de un nuevo derivado de esa sustancia (Pasta Base de Cocaína, PBC) es cuando se observa un aumento sustancial del consumo de la sustancia en la gestación.

Consumo de cocaína-PBC en diferentes países y en diferentes etapas de la vida:

En relación al consumo de cocaína en distintos países se vio que este ha tenido características y un curso bastante diferente en América y en Europa.

En Estados Unidos en el año 1980 tuvo un gran incremento del consumo de clorhidrato de cocaína que entre 1985-1994 descendió y luego hubo un aumento nuevamente del consumo hasta el año 2000. Este incremento se dio a nivel de la población en general y se mantuvo.¹

La tasa de consumo en varones sigue siendo mayor que en mujeres, pero la diferencia se ha acortado en las 2 últimas décadas. El consumo de cocaína se da en todos los estratos sociales y grupos de edad con un claro predominio en los más jóvenes. A la vez, con frecuencia, el consumo de cocaína se asocia al de otras drogas.¹

En Europa la prevalencia del consumo en la población general y en subgrupos específicos varió bastante según los países, pero en todos ellos se encontró un incremento notable en los últimos años.¹

El 0.1% de las mujeres embarazadas americanas consume cocaína con regularidad y este consumo se asocia a mayor frecuencia de rotura placentaria, parto prematuro y bajo peso al nacer. El abuso de otras drogas y distintos trastornos psiquiátricos (depresión, bipolaridad, esquizofrenia, estrés postraumático, trastornos de ansiedad y de personalidad) muchas veces se ven asociados.¹

El uso de la cocaína está aumentando en América Latina y el Caribe, destacando que la tasa de prevalencia en 12 meses se incremento de 0,4% en 2001 a 0,7% en 2005.²

El informe mundial de drogas en el 2014 de la ONODC informó que cerca de 243 millones de personas, un 5% de la población mundial de entre 15 y 64 años de edad, han consumido una sustancia ilícita durante 2012.²

En Brasil, en 2001 la prevalencia de consumo de clorhidrato de cocaína era de 2,3% y la del crack, de 0,4%. El consumo de cocaína en Brasil es considerablemente más elevado en algunos subgrupos de la población. Por ejemplo, pacientes psiquiátricos, desempleados, personas sin hogar ni instrucción escolar suficiente.²

En Chile, en 2004 el 1,3% de la población había usado clorhidrato de cocaína y 0,6% había usado pasta base de cocaína, pero el consumo entre los estudiantes era más elevado. El 2,9% de los estudiantes entrevistados habían usado clorhidrato de cocaína en los últimos 12 meses y 2,6% habían usado pasta base de cocaína. El uso era considerablemente más elevado entre los presos, en comparación con los estudiantes o la población en general. El 57% de los presos habían usado cocaína en el pasado y uno de cada cuatro (25%) la usaba con frecuencia. ²

Complicaciones del consumo en la gestación tanto en la madre como en el niño.

En cuanto a las complicaciones que produce el consumo de PBC en el embarazo tanto a la madre como al recién nacido hay modificaciones propias del embarazo que aumentan el riesgo de toxicidad. La cocaína y sus metabolitos atraviesan la barrera placentaria y se excretan a través de la leche materna, la placenta retiene grandes cantidades de cocaína, lo cual beneficiaría al feto evitando su exposición a altas dosis, pero aumenta el riesgo de patología placentaria durante el embarazo. ³

Uno de los principales mecanismos fisiopatológicos que explica la toxicidad aguda por cocaína para el binomio materno-fetal es la vasoconstricción de vasos uterinos y fetales. Estudios histopatológicos revelan a nivel placentario la presencia de trombosis in situ, infartos y hemorragias focales. Entre las complicaciones obstétricas relacionadas con este mecanismo se incluyen mayor riesgo de aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y restricción del crecimiento intrauterino. ⁴ También aumenta el riesgo de estados hipertensivos del embarazo, como el síndrome preeclampsia-eclampsia. ⁵ Existe una mayor incidencia de recién nacidos prematuros, con bajo peso al nacer, y pequeños para la edad gestacional en hijos de madres consumidoras de pasta base. ⁶ El aumento de la actividad simpática incrementa el tono uterino y la irritabilidad miométrica, produciendo mayor riesgo de rotura prematura de membranas. ⁴

Al atravesar la placenta la cocaína puede ejercer su efecto simpaticomimético en el feto, ocasionando aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial fetales, así

como disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal.⁵ Mediante vasoespasmo puede provocar infartos cerebrales, así como isquemia en otros órganos.^{3,4}

La afectación del binomio materno-fetal por la acción de la cocaína puede ocasionar la muerte materna o la muerte fetal intrauterina, por sufrimiento fetal agudo.

El policonsumo de drogas es frecuente y aumenta los riesgos, ya que muchas de las complicaciones mencionadas también pueden ser causadas por otras sustancias psicoactivas.

En cuanto a la incidencia de algunas complicaciones según el momento del embarazo donde la mujer haya consumido cocaína se ha visto que la incidencia de RCIU, bajo peso al nacer y prematuridad es mayor en hijos de embarazadas que consumieron en el último trimestre.⁶ Se han reportado una mayor incidencia de malformaciones congénitas en hijos de consumidoras de cocaína durante el primer trimestre de embarazo, una dificultad para relacionar esto directamente con esta droga es el policonsumo dado que otras sustancias como el alcohol tienen una acción teratogénica bien conocida.⁹

En cuanto a los efectos en el recién nacido estudios realizados han revelado una mayor frecuencia de inestabilidad autonómica, temblores y convulsiones.¹⁰ También se ha descrito un síndrome de abstinencia neonatal a cocaína, poco frecuente, de aparición en las primeras 48 horas de vida, caracterizado por hipertensión, irritabilidad, dificultad en la succión y alimentación.^{7,11,12}

Acerca del desarrollo neuropsicológico los hijos de madres que consumieron cocaína presentan mayor riesgo de alteraciones frente a los no expuestos, pero no podemos atribuir éstos riesgos al efecto exclusivo de la exposición a la cocaína, debido a que los factores ambientales asociados, policonsumo, especialmente alcohol y comorbilidad biopsicosocial materna son más perjudiciales que la cocaína en sí misma.

La cocaína produce un estado relativo de hipoxia fetal que entre otras complicaciones ya mencionadas causa retrasos de crecimiento con afectación específica del perímetro craneal. Estos efectos más graves dependen de la dosis, etapa embriofetal y drogas asociadas (alcohol), pudiendo ser reversibles o no en función de éstos factores mencionados.

Sobre el comportamiento, provoca afectaciones a nivel conductual, afectando las funciones ejecutivas (trastorno de atención, hiperactividad, control de impulsos), alteraciones de habituación y condiciones estresantes. Lo que provocaría alteraciones de aprendizaje y repercusiones en las relaciones sociales e interpersonales. Estas alteraciones persisten durante la infancia y adolescencia y como en todas las drogadicciones es difícil asegurar si se deben al efecto de la exposición aisladamente o a las influencias del entorno en el que crecen, ya que si estos efectos ambientales son mitigados las alteraciones son menores y reversibles. Las graves repercusiones en el desarrollo se vincularían a polidrogadicción, excesivo y precoz consumo en etapa embrionaria y factores de comorbilidad bio-psicosocial materna. Estos factores mayores de riesgo, se ven más comúnmente asociados a los derivados de menor costo de la cocaína, como la pasta base de cocaína, que a los preparados más purificados.¹³

Percepcion de riesgo en la población:

Muchos estudios prueban que la percepción de riesgo alta constituye en factor de protección, en tanto una baja percepción se presenta como una característica que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de alguna sustancia. La percepción de los riesgos relacionados con el uso de drogas es un dato muy importante para las políticas de reducción de la demanda de estas sustancias en todos los países.¹⁴

Los estudios internacionales confirman que una mayor percepción de riesgo disminuye las tasas de consumo de drogas y, a la inversa, una baja percepción de riesgo las aumenta.¹⁴

Se registran niveles altos de riesgo para el consumo experimental o frecuente de cocaína y PBC. El 40% de los estudiantes entiende que consumir una o dos veces PBC es de gran riesgo, en tanto que el 90% asocia el mismo nivel de riesgo al consumo frecuente de la sustancia. ¹⁴

Entre el 35% y 58% es el rango en que los estudiantes de los diversos países consideran de gran riesgo usar cocaína alguna vez, lo cual deja a otro casi 40% que no percibe gran riesgo. No obstante lo anterior, la percepción de gran riesgo frente al uso frecuente de cocaína parte del 68% hacia arriba en los estudiantes de todos los países. La mayor percepción de gran riesgo de consumo frecuente de cocaína la registran los escolares de Uruguay, con 88,23% ¹⁵

A través de este trabajo pretendemos estimar la “percepción de riesgo” por parte de las mujeres embarazadas que utilizan los servicios de salud del CHPR mediante la realización de encuestas que nos permitan conocer cuáles son las consecuencias negativas del uso de cocaína y PBC percibidas por las encuestadas, cuáles serían a su juicio el mínimo consumo que no generen riesgo para el recién nacido, entre otras.

Los resultados obtenidos en esta encuesta se podrán utilizar como punto de partida para elaborar los lineamientos de una campaña de concientización, prevención y promoción sobre los efectos negativos de la utilización de cocaína y PBC durante la gestación.

Marco teórico:

¿Qué es la cocaína y la PBC?

La hoja de coca procede de un arbusto que se cultiva, fundamentalmente en los países del altiplano andino (Bolivia, Perú y Colombia). En estas zonas existe un consumo tradicional consistente en mascar las hojas procedentes de esta planta, para liberar así su principio activo y mantener sus beneficios. Las cantidades absorbidas de este modo son muy reducidas, por lo que apenas se registran consecuencias adversas asociadas a esta forma de consumo, que aún hoy se mantiene. ¹⁶

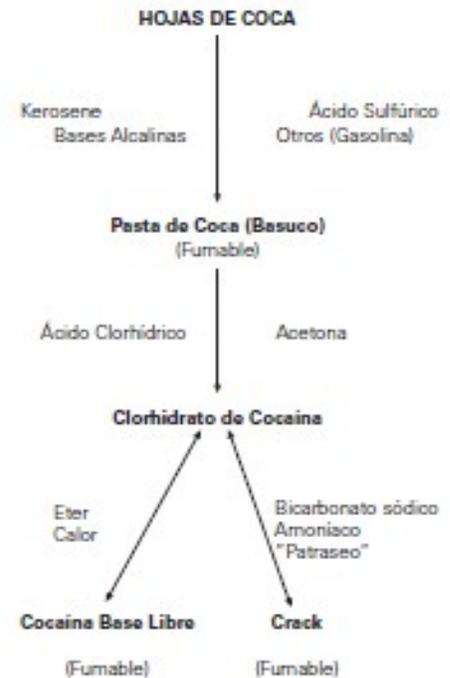
Las hojas de coca sometidas a diferentes procesos químicos, dan lugar a distintos derivados: Clorhidrato de cocaína: conocido popularmente como “coca”, “merca”, “frula”, “blanca”, Sulfato de cocaína: (pasta base de cocaína) “pasta”, “base”, “piedra”, “roca” o “lata”. Cocaína base (crack): “voca”, “piedra”. Free base, o base libre de cocaína. ¹⁶

Estos derivados pueden ser adulterados en su composición con otras sustancias denominadas “cortes”, que pueden ser inactivos o activos. Los cortes inactivos sirven para aumentar el volumen, para “estirar” el clorhidrato de cocaína se puede usar glucosa, lactosa, talco o manitol. La pasta base de cocaína puede “estirarse” con harina de trigo, polvo de ladrillo o azúcar morena.

Los cortes activos son utilizados para compensar la potencia perdida en las adulteraciones, y suelen ser sustancias estimulantes como cafeína, anfetaminas, para que el efecto inicial sea mayor, o con anestésicos como la lidocaína a fin de simular el efecto anestésico local. ¹⁶

El clorhidrato de cocaína es el producto final del procesamiento químico de las hojas de coca, obteniendo un polvo blanco que en contacto con la mucosa bucal, produce un leve efecto anestésico. Es una forma de cocaína ácida, lo que le otorga la capacidad de ser soluble en agua y por lo tanto ser utilizada además por vía intravenosa.

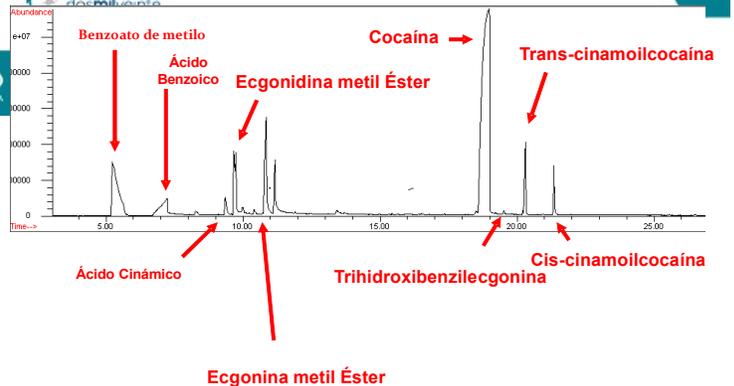
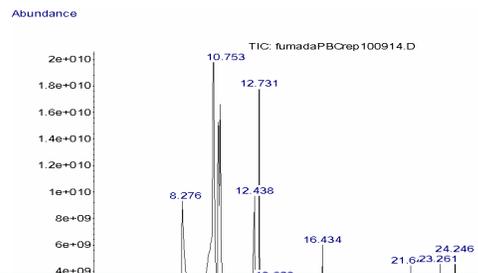
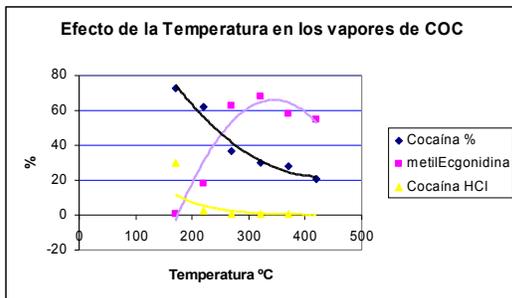
PROCESO SIMPLIFICADO DE PRODUCCIÓN DE LAS COCAÍNAS FUMABLES



Fundamentalmente su consumo se realiza por inspiración nasal del polvo colocado a modo de línea o raya sobre una superficie dura, a través de un billete enrollado, un canuto u otro elemento similar. Otra forma de consumo es por vía intravenosa. Esta forma de cocaína no puede ser fumada, ya que cuando se calienta, se desnaturaliza perdiendo todos sus efectos. ¹⁶

Pasta base de cocaína: en un estudio realizado por Eleuterio Umpierrez en la Facultad de Medicina se demostró que las muestras de PBC al ser calentadas, no se componen solamente por sulfato de cocaína sino que además poseen alcaloides de coca liberados de la maceración de la hoja.

Cocaína en fase vapor



La pasta base de cocaína (PBC) se fuma en diversos dispositivos o pipas manufacturadas por los mismos consumidores, con casi cualquier material: lata, inhalador, bombita de luz, a los que se les coloca en el fondo tabaco quemado o ceniza, con la finalidad de encender o mantener el calor para su volatilización.

En algunas oportunidades se fuma mezclada con marihuana, y se llama “basoco”.

La PBC provoca un efecto psicoestimulante a pocos segundos de haber sido fumada, el humo inhalado alcanza el sistema nervioso central rápidamente. Esto hace que el inicio del efecto sea veloz, pero a su vez su caída ocurre más rápidamente, dura pocos minutos y tiene un poder adictivo mucho mayor.¹⁶

El consumo de cocaína puede ir desde su uso ocasional a un consumo repetido o compulsivo, con una variedad de patrones entre estos dos extremos. Fuera de su uso para fines médicos, no existe una manera segura de consumir cocaína. Cualquier método de consumo puede causar la absorción de cantidades tóxicas de la droga, con la posibilidad de que ocurra una emergencia aguda de tipo cardiovascular o cerebrovascular y convulsiones, cualquiera de las cuales puede ocasionar la muerte súbita.

En cuanto a la epidemiología es importante destacar que los datos recabados en distintos estudios se ven dificultados por el poco porcentaje de embarazadas que consumen y a su vez lo declaran.

En el CHPR en el año 2007 se realizó un estudio de identificación de sustancias de consumo recreativo y psicofármacos. Se utilizó como muestra biológica el meconio que tiene la ventaja de identificar el consumo materno de sustancias en la segunda mitad del embarazo. La sustancia que se consume con mayor frecuencia es el alcohol con un 39,9%, seguida del tabaco en proporciones similares. Los psicofármacos, y dentro de estos más frecuentemente benzodiazepinas, le siguen en frecuencia.¹³

Moraes y colaboradores por intermedio del meconio del recién nacido identificaron en el 2011 que un 9.19% de las mujeres que tuvieron su parto consumieron Pasta base de Cocaína y en el 2014 en una muestra de 313 meconios de recién nacidos el porcentaje se mantuvo en 9%. (comunicación personal del Prof. agregado Moraes)

En el hospital Pasteur en adultos la concordancia de detección en orina y autodeclaración fue del 94,7%. Esta diferencia puede deberse a la sensación materna

de un trato diferencial por el equipo de salud y a las consecuencias que implica con respecto a la separación de su hijo y la posibilidad de amamantar. ¹³

Objetivo general:

Determinar la prevalencia y percepción de riesgo de consumo de cocaína y pasta base de cocaína en puérperas internada en Hosp Pereira Rosell en las 72hs posteriores al parto.

Objetivos específicos:

- ³⁵₁₇ Determinar la percepción de riesgo de la madre en relación al consumo de cocaína y PBC.
- ³⁵₁₇ Evaluar la cantidad de información recibida a cerca del consumo de PBC-cocaína, a través de que medio la recibió y si cambio su conducta dicha información en el caso de haber consumido.
- ³⁵₁₇ Valorar que consecuencias negativas cree la madre que produce en el feto el consumo de cocaína-PBC.

Metodología de trabajo:

El grupo de trabajo realizó un encuentro semanal los días martes con los tres tutores y simultáneamente a los grupos de marihuana, psicofármacos y alcohol en el embarazo. Luego de la etapa de planificación nos reunimos cada quince días y realizamos la recolección de datos mediante una encuesta.

Los 4 grupos realizamos una misma encuesta que incluía las preguntas necesarias para evaluar el consumo de cocaína, marihuana, psicofármacos y alcohol y a la vez la percepción de riesgo de estas sustancias en el embarazo en puérperas que tuvieron su

parto en el hospital Pereira Rosell, en alojamiento conjunto previa aceptación por parte de ésta para realizar la misma.

Partiendo de los objetivos principales, se creó un cuestionario para primero estudiar los datos epidemiológicos de la población, caracterizarla y conocer en que contexto se encontraba. Se identificó la información necesaria y se redactó un cuestionario que nos permitiera definir esto. Se realizó un estudio observacional analítico de cohorte transversal de una muestra por conveniencia de 273 mujeres, puerperas en el Hospital Pereira Rosell.

En una primera instancia se le realizó la encuesta a 20 puérperas a manera de prueba para testear errores, y luego se corrigió. Todas las preguntas eran de tipo cerradas con opciones categóricas y ordinales. La encuesta se realizó con preguntas claras, no contradictorias ni ambiguas.

Las variables que se utilizaron son la edad materna al momento del parto preguntándole fecha de nacimiento y calculando la misma. Raza, marcado según el criterio del encuestador previamente capacitado contando con 3 opciones, blanca, mestiza y negra. En relación al nivel de instrucción se interrogó último año cursado y aprobado y se calculó posteriormente cantidad total de años cursados. En estado civil se consideró concubina a la convivencia mayor a un año, siendo las otras opciones casada, soltera, viuda, divorciada, no contesta. En el area laboral se interrogó si trabaja fuera de su casa.

En cuanto al número de embarazo cursado, incluimos los abortos y el recién nacido actual, la edad gestacional al momento de enterarse que estaba embarazada se tomó en semanas y la obtuvimos de la historia clinica, le preguntamos si el embarazo fue buscado y si se controló el embarazo el numero, especificando número de controles, a continuación se interrogaron posibles enfermedades durante este embarazo y si las mismas fueron tratada o no.

Para cada droga se evaluó el riesgo que considera ella, que genera consumir cada sustancia durante el embarazo, en una escala de valores del 1 al 10. Luego se preguntó de forma abierta qué consecuencias negativas creía que puede tener sobre su hijo consumir esa droga. La pregunta de tipo abierta se realizó con el fin de no orientar la respuesta y poder evaluar el conocimiento de la madre sobre los posibles efectos que podrían tener los recién nacidos de madres que habían consumido las distintas sustancias, siempre independiente de su consumo. Estas preguntas son limitadas a la hora de evaluar los resultados. Las preguntas cerradas, las cuales fueron la gran mayoría de las que realizamos, permiten categorizar las respuestas.

Para realizar estas se tuvo que anticipar en las posibles respuestas que se podían obtener, presentar las respuestas en una lista de opciones mutuamente excluyentes y expresar las preguntas de una forma clara y concisa y fácil de comprender.

Posteriormente cada grupo realizó las preguntas de cada sustancia que le interesaban teniendo en cuenta el tipo, frecuencia, en que etapa del embarazo se había consumido y se hizo énfasis en el estudio de la percepción de riesgo del consumo de sustancias y embarazo. Otro punto importante a destacar fue el estudio de la información que había recibido la embarazada en los controles por parte del personal de salud y a través de los medios de comunicación.

Por último se recabaron datos sobre el recién nacido para poder relacionar algunas características de estos con el tipo de consumo. En esta parte del cuestionario hubieron preguntas de tipo abiertas y cerradas que fueron obtenidas de la historia clínica de la madre, del carné prenatal.

Todos los análisis fueron efectuados en el programa SPSS version 17,0. En primera instancia se realizó un análisis univariado para cada variable con el fin de evaluar rango de valores -mediciones implausibles- y de realizar medias de resumen. Para las variables continuas se reportan media, desvío estándar y valores máximos y mínimos. Para variables categóricas se procedió a evaluar la frecuencia relativa de cada una. Algunas variables fueron recolectados como variables continuas

pero posteriormente se recodificaron en variables categóricas para ser presentadas en las tablas

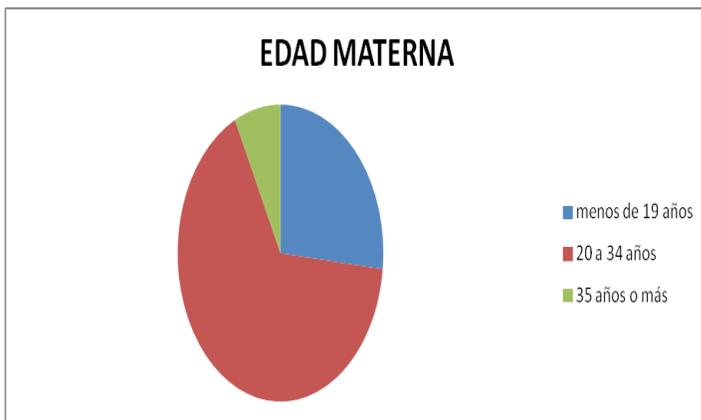
Resultados:

Características sociodemográficas de la población.

En el siguiente capítulo se mostrarán los resultados obtenidos en la encuesta realizada a mujeres puérperas en el Hospital Pereira Rossell.

Se comienza por describir las características sociodemográficas de dicha población.

Gráfica 1- Edad materna. Tabla 1. Edad materna.



	EDAD MATERNA (%)
menos de 19 años	26,7
20 a 34 años	65,9
35 años o más	7,3

En relación a la gráfica 1, que muestra la edad materna en tres categorías, el 65,9% de las mujeres entrevistadas tienen entre 20 y 34 años. El 26,7% están cursando la etapa de la adolescencia. El 7,3% de las mujeres, tienen 35 años, o más.

Tabla 2. Raza.

	Raza (%)
Blanca	72.4
Negra	9,6
Mestiza	8,9

Tabla 3. Estado civil.

	ESTADO CIVIL (%)
Casada	6.6
Soltera	41.4
Concubinato	51.6
Divorciada	0.4

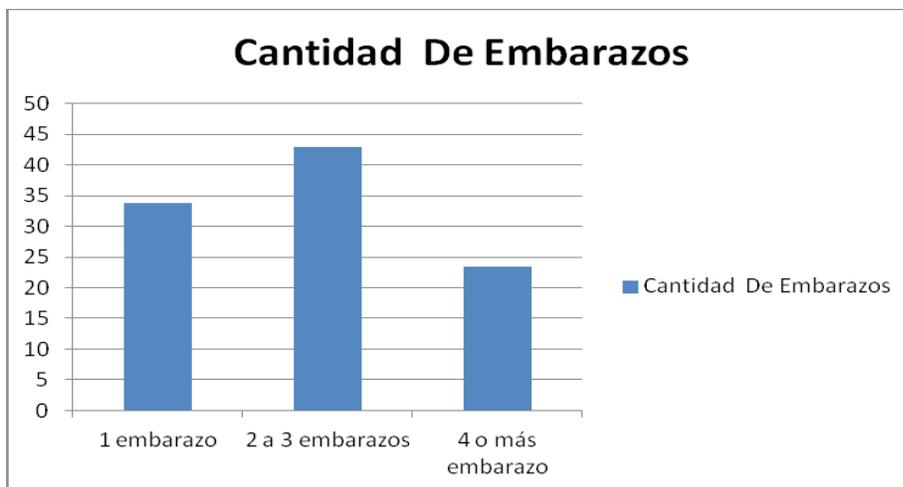
La tabla 3 refleja la situación civil de la población. Destacando que más de la mitad de las mujeres tienen una relación de concubinato con el padre de su último hijo (o único en el caso de uníparas). Tomando en cuenta el estado de concubinato, cuando la pareja vive bajo el mismo techo por 1 o más años, sin estar unidas en vínculo matrimonial. Otro gran porcentaje, 41,4% es el correspondiente a mujeres solteras.

El nivel educacional fue evaluado en tres categorías: primaria, secundaria y terciaria. Los años tomados en cuenta son los que se han completado, cursados y aprobados en su totalidad. La media calculada fue de 7,58 años, lo interpretamos de la siguiente manera: la mayoría de la población de puérperas han cursado hasta primer año de liceo, ciclo básico.

Evaluando su estado laboral, se encontró que el 18,3% de las mujeres han trabajado fuera de su casa durante el embarazo. Esta pregunta no contempla el trabajo realizado dentro de la casa, como ama de casa.

Tabla 4 y Gráfica 2. Cantidad de embarazos.

	Cantidad De Embarazos (%)
1 embarazo	33.7
2 a 3 embarazos	42.9
4 o más embarazo	23.4



Del total de las mujeres encuestadas, el 42,9% cursó su segundo o tercer embarazo.

Tabla 5. Embarazo buscado.

	EMBARAZO BUSCADO (%)
SI	46.2
NO	53,4
no contesta	0.4

Menos de la mitad de las púerperas refieren haber buscado su último embarazo, sin

embargo, la diferencia es mínima con las que declaran no haberlo hecho.

Tabla 6. Número de controles.

	Números de Controles (%)
0 a 1 control	4.5
2 a 4 controles	6.6
5 o más	89.9

El 97,4% de las mujeres se han controlado el embarazo, de esta cantidad, se desprende la tabla 6, que refleja un gran porcentaje de mujeres que se han hecho, cinco o más controles. Lo cual significa que están bien controladas en cuanto a cantidad. La media calculada para el número de controles fue de 8,5.

Consumo de cocaína, PBC, y percepción de riesgo.

De la muestra obtenida, 273 mujeres puérperas, el 98,9% declara no haber consumido cocaína durante el embarazo. Tres de ellas correspondientes al 1,1% de la población, declaran sí haber consumido, específicamente durante el primer trimestre del embarazo. Al interrogar la modalidad de droga consumida, resultó que dos de ellas lo habían hecho de forma fumada (PBC) y una de ellas de forma inhalada (clorhidrato de cocaína).

Tabla 7. Percepción de riesgo.

	Percepción de riesgo (%)
es riesgoso	99.3
no es riesgoso	0.7

Tabla 8. Escala de riesgo

	Escala de Riesgo (%)
0 - 3	0
4 6	0,4
7 10	90,6

Evaluando la percepción de riesgo en cuanto al consumo de cocaína, se refleja que la mayoría de la población cree de alto riesgo su consumo durante el embarazo. La media obtenida en una escala del 1 al 10, donde 1 es el riesgo más bajo, y 10 el más alto, fue de 9,84.

Tabla 9. Consecuencias negativas de consumo.

	Consecuencias del consumo (%)
bajo peso	9.5
aborto	24.8
malformaciones	30.0
prematurez	8.1
problemas de aprendizaje	5.5

problemas de comportamiento	4.8
difícil de calmar	4.4
niño adicto	4.8
otras consecuencias	1.5
no sabe	39.2

Al interrogar las consecuencias negativas que trae para el neonato el consumo de cocaína durante el embarazo, se registraron los siguientes resultados. El 39,2% de las mujeres, creen que sí tiene consecuencias negativas, pero no saben específicamente cuales son. De las que sí sabían, los porcentajes más altos se dividen entre las que creen que puede producir aborto, y las que creen que su bebé nacería con malformaciones.

Tabla 10. Información sobre cocaína.

	INFORMACIÓN (%)
NO	72.3%
SI	27.7%

Solo el 27.7 % de la población, recibió información acerca del riesgo del consumo de cocaína en el embarazo. De éstas, el 24.0 % piensa que dicha información fue suficiente.

Tabla 11. Medio de información.

	MEDIO DE INFORMACIÓN (%)
Ginecólogo	6.7
Medico familiar	1.8
Partera	4.4
Familia	3.3
Amigos	6.3
Folletos	3.3
Radio, tv, diario	6.3
Internet	3.7
Institución Educativa	1.9
Percepción Personal	51.6

En cuanto a la información que recibieron las pacientes vemos que solamente el 8.5 % fue brindada por parte de un médico. Un 4.4 % fue dada por parte de la partera la cual también acompaña a dichas pacientes en todo el embarazo.

Discusión:

en relación a las limitaciones del estudio, al ser la encuesta realizada por 16 estudiantes, a pesar del entrenamiento recibido y de haber sido probada la encuesta previamente existen errores del propio encuestador en relación a la forma de realizar las preguntas. También influyó el entorno de la encuestada como ser si estaba acompañada, el momento del día (hora de visita, almuerzo, visita médica) y el estado anímico de la paciente. Un gran porcentaje de las encuestadas son adolescentes y en el momento de la entrevista al estar acompañadas de su madre limitó la fluidez de las respuestas.

En cuanto a la prevalencia de consumo de cocaína-PBC en el embarazo encontramos una diferencia en relación a los estudios ya realizados en nuestro país, en la misma población. En el estudio de Mario Moraes y colaboradores del año 2011 se detectó en el moceno del recién nacido un consumo de pasta base del 9,19% y en el año 2014 se detecta un 9%. En nuestro estudio la prevalencia del consumo es del 1,1% mediante autodeclaración. Debemos destacar que no se utilizaron pruebas biológicas para confirmarlo. Creemos que este resultado está influido por las variables antes mencionadas que limitan el estudio, junto a los prejuicios que existen en torno a esta droga, su relación con problemas legales y la marginación de los consumidores así como también que los encuestadores formamos parte del personal de salud.

Creemos positivo que casi la totalidad de las puérperas consideren de riesgo el consumo de cocaína en el embarazo independientemente de si consuman o no. En cuanto a la escala de riesgo con una media del 9,84% que corresponde a un elevado riesgo.

Del total de las mujeres que consideran de riesgo el consumo el 39,2% no sabe específicamente cuales son las consecuencias negativas del mismo producidas en el feto, lo cual es un porcentaje elevado y se relaciona con la información recibida por parte del personal de salud (ginecologo, medicina familiar y comunitaria y partera) con un total de 12,9%. Coincidiendo con esto el 51,6% constuyo una percepción personal a cerca de los efectos de esta droga. Esto refleja una falla por parte del sistema de salud.

Llama la atención que un 1.9% recibió información por parte de un centro educativo, esto puede ser debido a que trabajamos un un grupo de pacientes que tiene un alto porcentaje de abandono de las instituciones educativas o que en dichos centros no se esta haciendo énfasis en el consumo de drogas.

Conclusiones:

Como resultado de la investigación estadística presentada, es posible concluir que en la población de puerperas hospitalizadas en el Hosp. Pereira Rosell existe una baja prevalencia por autodeclaración de consumo de cocaína y una alta percepción de riesgo.

Se refleja una necesidad de formular nuevas políticas de salud en torno a la información del riesgo de consumo de cocaína en el embarazo y sus consecuencias en el neonato.

Bibliografía:

1- Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. Ministerio de sanidad y consumo de España. Año 2005.

2 -epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública (OPS). Año 2009.

3-Ursitti F, Klein J, Koren G. *Confirmation of cocaine use during pregnancy: a critical review*. Ther Drug Monit 2001; 21 (4): 347-53.

4- Gomez MS. *Embriopatía por cocaína*. Conductas adic 2004; 4(1): 78-80.

5- De Ben S, Pascale A. *“Embarazo y Drogas”*. Capítulo 7: 161-170. En libro “Curso de actualización – Drogas de abuso: aspectos clínicos y terapéuticos”, Departamento de Toxicología, Facultad de Medicina, año 2005.

6- Mena María, Navarrete Patricia y cols. *Drogadicción embriofetal por abuso de pasta base de cocaína durante el embarazo*. Rev Méd Chile 2000; 128(10): 1093-1100.

7- García Valle S, Lopez Marcos J, Morales M, Valladares B, García A. *Actualización sobre efectos del consumo de cocaína durante el embarazo*. Revista de Toxicología en Línea 2003

8- Chasnoff I, Griffith D, MacGregor S, Dirkes K, Burns K. *Temporal Patterns of Cocaine Use*

in Pregnancy: Perinatal Outcome. JAMA 1989;261:1741-1744.

9- Hoffman R. *Cocaine*. In: Flomenbaum N, Goldfrank L, eds. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 8th Ed Mc Graw Hill 2006: 1133-1147.

10-Bauer C, Langer J, Shankaran S, Bada H, Lester B, Wright L et al. *Acute Neonatal Effects of*

Cocaine Exposure During Pregnancy. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005;159:824-834.

11- Burgos A, Burke B. *Neonatal Abstinence Syndrome.* NeoReviews 2009;10:e222-e229.

12- Manotas R, Caicedo J, Gomez L. *Comportamiento neurológico del recién nacido de madre consumidora de basuco durante su gestación.* Iatreia 1997; 10: 30-34.

13- Mario Moraes [1](#), Cecilia Scorza [2](#), Juan Andrés Abin-Carriquiry [3](#), Antonio Pascale [4](#), Gabriel González [5](#), Eleuterio Umpiérrez Arch. Pediatr. Urug. vol.81 no.2 Montevideo . *Los expertos responden. Consumo de pasta base de cocaína en Uruguay en el embarazo, su incidencia, características y repercusiones.* 2010: 5.

14 - 5ta encuesta Nacional sobre el consumo de drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. 2011.

15- Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas publicas. Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Naciones Unidas. 2006

16- "Drogas: más información, menos riesgos" Junta Nacional de Drogas. 10 edición. Año 2011.