



CLINICA GINECOTOCOLOGICA "C" Profesor Dr. Justo G. Alonso

Departamento de Neonatología
CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL
PROF. DR. DANIEL BORRINET

Prevalencia del consumo de marihuana y percepción de riesgo en puérperas internadas en el CHPR en el período Junio-Julio de 2014

Ma. Noel García, Ma. Victoria Machado, Lucía Martínez, Virginia Oberti, Prof. Agdo. Claudio Sosa (1), Prof. Agdo. Gabriel González (2), Prof. Adj. Mario Moraes (3).

- (1) Clínica Ginecológica C, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo.
- (2) Cátedra de Neuropediatría, Instituto de Neurología, Hospital de Clínicas, Montevideo.
- (3) Departamento de Neonatología, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo.

Indice de contenidos

I.	Resumen	
	Fundamentación de la propuesta	Pag. 3
II.	Introducción - Marco Teórico	Pag. 4
III.	Objetivo general del trabajo y objetivos específicos.	Pag. 9
IV.	Metodología	Pag. 10
V.	Resultados	Pag. 13
VI.	Conclusiones y perspectivas	Pag. 20
VII.	Referencias bibliográficas	Pag. 22
VIII.	Agradecimientos	Pag.23
IX.	Anexos	Pag.24

Resumen:

La marihuana es la sustancia ilegal más comúnmente usada durante el embarazo a nivel mundial, observándose casi un 3% de prevalencia. Con el objetivo de conocer la prevalencia del consumo de marihuana en el embarazo y cuál es la percepción de riesgo que tienen la puérperas sobre su consumo durante la gestación, se realizó un estudio descriptivo analítico, de corte transversal, en mujeres embarazadas, internadas en sala de puérperas de la maternidad del Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell de Montevideo, en el período Junio-Julio de 2014.

De los resultados se destaca que las características de la población incluida el 66% tenía entre 20 y 24 años, 72,2% eran blancas y la media de años de estudio fue de 7,6 años.

Se observó una prevalencia de consumo de 28,5% alguna vez en la vida y 3,6% durante el embarazo, así como una asociación entre consumo de marihuana y adolescencia. Un 92,4% de las encuestadas creen que consumir marihuana causa efectos negativos perinatales.

Fundamentación de la propuesta:

La marihuana es la sustancia ilegal más comúnmente usada durante el embarazo a nivel mundial, observándose casi un 3% de prevalencia (1). En Uruguay el 9,13% de las embarazadas del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) declararon consumo de esta droga previo al embarazo y 1,7% continuaban el consumo durante el mismo en el año 2011 (2). Estudios a nivel mundial demuestran la existencia de asociación entre el consumo de marihuana durante el embarazo y efectos negativos sobre el feto y el recién nacido (3-5). Teniendo en cuenta estos datos, consideramos importante realizar un estudio de carácter descriptivo con ciertos aspectos analíticos, de corte transversal, en mujeres embarazadas internadas en sala de puérperas de la maternidad del Hospital de la Mujer del CHPR de Montevideo en el período Junio-Julio de 2014. En base a éste, determinar la prevalencia de consumo de marihuana actual en la población de estudio y sobre todo conocer la percepción

de riesgo que tienen las puérperas acerca de los efectos perjudiciales del mismo para el recién nacido.

Introducción - Marco teórico:

El consumo de marihuana continúa siendo el más extendido en la población, luego del consumo de las drogas tabaco y alcohol. El 20% de las personas de 15 a 65 años ha consumido marihuana alguna vez en su vida, en tanto un 8,3% declara que consumió la sustancia en los últimos 12 meses y un 4,9% en los últimos 30 días. Se observa un aumento significativo de la declaración del consumo de las tres prevalencias (vida, año y mes) respecto a la medición del año 2006.

En lo que refiere a la edad, se observa que en los tramos de edad en los que se registra una mayor prevalencia de consumo son 18 a 25 años (35,5%) y 26 a 35 años (32%) (6).

En cuanto al consumo de marihuana en el mundo; en Estados Unidos y Canadá la prevalencia anual de consumo de marihuana es 13,7% y 12,6% respectivamente. Europa reporta una media de 6,7%, variando según los países entre el 0,4% y el 14%.

En tanto, en la región suramericana, Argentina alcanza una prevalencia anual de 7,2% y Chile de 6,7%. De esta forma, Uruguay (8,3%) se ubica levemente sobre el consumo medio de Europa y de Chile, en tanto lo hace por debajo del de Estados Unidos y Canadá (7).

La marihuana es la droga ilegal (en Uruguay, hasta el 2014), más ampliamente consumida recreativamente durante el embarazo la única droga que las embarazadas son propensas a consumir hasta el término del mismo.

El sistema de señalización endocannabinoide ha sido extensamente caracterizado en tejidos adultos. Cuando son apropiadamente despolarizadas, algunas clases de neuronas, son capaces de sintetizar y secretar endocannabinoides. Estos son metabolitos naturales del ácido araquidónico,

que son esenciales para la regulación del movimiento, la memoria, el apetito, la regulación de la temperatura corporal, dolor y la inmunidad. El receptor CB1 se encuentra principalmente en el sistema nervioso central, mientras que el CB2 está fundamentalmente confinado a las células inmunes y retina (8). La acción del cannabis sobre el cerebro adulto incluye la activación del receptor cannabinoide tipo 1 (CB1) acoplado a proteína G y la consecuente disminución de la probabilidad de liberación de neurotransmisores, en particular GABA. Esta reducción resultaría en importantes consecuencias funcionales en el cerebro en desarrollo, ya que GABA es un neurotransmisor excitatorio en la mayoría de las estructuras y actúa sinérgicamente con el glutamato para producir una actividad sináptica temprana (3). Por otra parte, el proceso de señalización del sistema endocannabinoide controla dinámicamente las conexiones neuronales durante la ontogenia prenatal, relevante para el desarrollo de las vías neurales, tales como el circuito cortico-estriado-talámico y de numerosas regiones corticales, que están implicadas en la adicción y trastornos psiquiátricos. Se ha visto que los genes dopaminérgicos son de particular interés en relación con la exposición prenatal de cannabis. Los componentes del sistema dopaminérgico están anatómicamente relacionados con los receptores CB1. Por ejemplo, estos receptores son co-expresados con los receptores D1 y D2, en las neuronas espinales medias del estriado dorsal, que se conoce cumplen un papel en la función motora y en el desarrollo de hábitos; y en el estriado ventral, que regula el comportamiento relacionado con la satisfacción y el sentimiento de recompensa. Los receptores dopaminérgicos, en especial el D2, se ha relacionado con el riesgo de adicción en humanos (9).

Si bien se ha establecido que el receptor CB1 constituye el tipo más abundante de receptores acoplados a proteína G en el cerebro, aún queda por conocer el rol fisiológico de su sistema de señalización. Por otro lado, a pesar de que los receptores CB1 ya están presentes al momento del nacimiento, todavía queda por investigar si este sistema es funcional en etapas tempranas del desarrollo (3).

Las acciones farmacológicas importantes de los cannabinoides, parecen estar mediadas exclusivamente por el receptor CB1 presente en diversas áreas cerebrales. Los cannabinoides se metabolizan principalmente en el sistema microsómico hepático, desaparecen con rapidez del plasma y del cerebro pero, al ser muy liposolubles, tienden a acumularse en el tejido adiposo, eliminándose lentamente del organismo, principalmente por las heces y unos pocos en la orina. Por ello, es posible detectarlos en orina varias semanas después de su consumo.

En cuanto al efecto farmacológico, el consumo de cannabis produce un estado de bienestar eufórico y relajación. Cuando se consume en solitario, predominan los efectos depresores, pero en un ambiente social diferente, puede manifestarse un efecto eufórico con logorrea, gregalismo y aparente hilaridad. Se producen cambios en la percepción subjetiva del tiempo, que parece transcurrir lentamente en la esfera visual, se pierde la capacidad de realizar pequeñas tareas y aparecen trastornos en la capacidad de concentración y memoria inmediata. La intoxicación produce sedación, letargia y somnolencia. Típicamente los cannabinoides aumentan el apetito y alteran la coordinación motora. Además producen taquicardia y dilatación de los vasos conjuntivales y esclerales produciendo la característica inyección conjuntival. También se puede observar cierta amimia, ptosis palpebral, sequedad de boca e inhibición de la sudoración. Tanto la incoordinación motora como la sedación son condiciones que alteran la conducción de vehículos, esto ocurre principalmente cuando se lo asocia a otros depresores centrales como alcohol.

El consumo de cannabis puede precipitar, aun en ausencia de psicopatología previa, ataques de pánico. Algunos estudios demuestran que un 50% de los consumidores de marihuana han sufrido una experiencia de ansiedad. Estas reacciones son más frecuentes en consumidores no experimentados y en consumo vía oral. Aparte de la psiquiátrica, la principal toxicidad crónica del cannabis es la respiratoria, con mayor frecuencia de bronquitis, asma y enfisema.

Las expectativas de tipo cognitivo contribuyen enormemente a los efectos subjetivos, por ello un consumidor experimentado puede percibir efectos con

pequeñas dosis y es capaz de ejercer un control de la intoxicación. Al igual que como ocurre con el alcohol, la mayoría de los consumidores habituales de derivados cannabícos no son dependientes siendo capaces de abandonar el consumo. No obstante, un pequeño porcentaje de consumidores regulares (10%) presentan algún grado de dependencia, pudiendo requerir ayuda profesional en el proceso de cesación.

La única indicación de los preparados cannabínicos con un balance riesgo-beneficio claramente favorable, es su uso como antiemético en el tratamiento combinado de los vómitos que produce la quimioterapia antineoplásica. También pueden utilizarse en el síndrome caquetizante asociado al sida, por su efecto en el aumento del apetito y disminución de las náuseas. Se va aceptando oficialmente su uso para aliviar la espasticidad y dolor de la esclerosis múltiple, así como dolores neuropáticos de diverso origen. Otras acciones con posible utilidad terapéutica serían la estimulación del apetito, la analgesia y la disminución de la presión intraocular. Su falta de especificidad es el mayor obstáculo para su uso terapéutico.

En general se desarrolla tolerancia a la mayoría de los efectos cardiovasculares y psicológicos de los cannabínicos, suele ser cruzada con el alcohol y otros depresores del SNC. La privación de cannabínicos rara vez produce sintomatología, cuando lo hace, es en grandes consumidores y suele ser poco intensa y relativamente inespecífica; irritabilidad, alteraciones del sueño y temblor, remediando en cierta forma a la abstinencia benzodiazepínica (7).

Múltiples estudios han demostrado que tanto el consumo de marihuana como de otras sustancias psicoactivas generan problemas para la madre y el niño, tanto durante el período de gestación como a lo largo de su vida (1). El período prenatal es particularmente sensible a los efectos de las drogas, dado a los eventos dinámicos neurobiológicos que ocurren durante la gestación para asegurar un patrón adecuado del sistema nervioso. Es sabido que la mayoría de los trastornos mentales son de naturaleza evolutiva, por lo que la exposición temprana a la droga podría generar un insulto con alteración de los procesos

neurobiológicos, induciendo alteraciones moleculares que aumentan la susceptibilidad neuropsiquiátrica mas adelante en la vida (9).

Se observó que el principal ingrediente activo del cannabis, tetrahydrocannabinol (THC), por ser lipofílico, atraviesa la barrera placentaria afectando directamente al feto. También se excreta en la leche materna. Aproximadamente un tercio del THC contenido en el cannabis consumido es el que atraviesa la barrera placentaria, por lo tanto es importante considerar la concentración de THC, que pasó de ser 3,4% en 1993 a 8,8% en 2008, afectando directamente los resultados perinatales ya que los efectos son dosis dependiente (10). El uso persistente del cannabis resultaría en una disminución de la perfusión sanguínea útero-placentaria y una restricción del crecimiento intrauterino. También se han visto otros resultados perinatales adversos como prematurez, bajo peso al nacer e ingreso a CTI neonatal (2).

En cuanto a los efectos del uso de marihuana durante el embarazo; inmediatamente luego del nacimiento, hay poca evidencia acerca de efectos en el crecimiento o comportamiento en el recién nacido que fue expuesto al cannabis durante la gestación. Sin embargo, luego de los tres años, hay hallazgos que sugieren una asociación entre el uso prenatal de cannabis y aspectos del comportamiento cognitivo, incluidos en las funciones ejecutivas. Estas funciones incluyen la plasticidad cognitiva, la atención sostenida y focalizada y la memoria de planificación y ejecutiva. Dichas funciones nos permiten organizarnos y manejar las tareas de la vida diaria (4).

Debido a que los usuarios de cannabis suelen consumir otras sustancias, como tabaco y alcohol, es difícil identificar cuáles efectos negativos en el feto son específicamente causados por la marihuana (2).

Muchas veces la auto declaración sub-estima el uso de sustancias, porque su consumo está mal visto socialmente y los efectos potencialmente nocivos son conocidos o al menos imaginados por la población general. Existe una documentada diferencia entre la prevalencia de consumo auto declarado con respecto al estimado por análisis del meconio y del cabello del recién nacido (11).

En cuanto a las características sociodemográficas maternas se ha visto en un estudio llevado a cabo en Australia en el período 2000-2006, que predomina el consumo en las más jóvenes (entre 20 y 35 años), con nivel educativo bajo (secundaria incompleta), de raza caucásica, estado civil casada/en pareja (3).

También en Boston realizaron un estudio de éste nivel, y se obtuvieron como resultados que la mayoría de las embarazadas entrevistadas, de entre 17 y 35 años, eran solteras (90%), madres por primera vez (63.3%), con secundaria completa (30%) o nivel terciario comenzado (40%) (12).

Sin embargo en ninguno de los estudios se constató una asociación significativa entre las características sociodemográficas maternas y el consumo de cannabis durante el embarazo.

Otro aspecto de capital importancia a tener en cuenta es la percepción del riesgo del consumo de marihuana durante el embarazo, ya que esto impactará en su decisión de consumir o no marihuana. No encontramos estudios focalizados en la percepción del riesgo por parte de las embarazadas y puérperas.

Objetivo General: Determinar la prevalencia y la percepción de riesgo del consumo de marihuana en mujeres puérperas, en una población hospitalaria de bajo nivel socioeconómico.

Objetivos Específicos:

-Conocer la prevalencia del consumo de marihuana previo al embarazo y durante el mismo mediante auto-declaración.

-Valorar la percepción de riesgo acerca de los efectos en el recién nacido del consumo de marihuana durante el embarazo en la población de estudio.

-Determinar si existe asociación entre el consumo de marihuana y características de la embarazada, (edad, nivel educativo) y percepción de riesgo.

-Analizar si existe asociación entre la edad materna y percepción de riesgo.

Metodología: Realizaremos un estudio de tipo observacional, analítico, transversal. Los datos fueron extraídos de una muestra por conveniencia de 273 mujeres en puerperio inmediato ingresadas en las salas generales 2, 4, 6 y 8 del CHPR en el período Junio-Julio de 2014. No se determinó ningún criterio de exclusión para la selección de la muestra. Para ello se utilizó el formato encuesta, previamente elaborada con preguntas cerradas y abiertas. La misma se llevó a cabo por integrantes del grupo de investigación, así como por integrantes de otras investigaciones vinculadas al consumo de sustancias en el embarazo. Además se recabaron datos de la historia clínica materna y neonatal, considerándola como una fuente secundaria confiable. El grupo de investigación se reunió en forma bisemanal desde el mes de Mayo en el CHPR, hasta el mes de Setiembre de 2014, cuando finalizó el estudio.

Las variables independientes analizadas en relación a las características maternas fueron: edad, estado civil, nivel educacional, trabajo fuera del hogar y planificación del embarazo. En cuanto a la edad se expresó en número de años cumplidos al momento de la realización de la entrevista. Para la variable estado civil se aceptaron 6 respuestas: casada, soltera, concubinato (solo si es mayor a 1 año), divorciada, viuda y no contesta. El nivel educacional fue dividido en 2 variables; el nivel máximo de estudios alcanzados y el número de años aprobados en dicho nivel.

Se tomaron en cuenta otras variables independientes que podrían influir en los resultados finales. Estas variables son cualitativas dicotómicas, corresponden a las enfermedades maternas presentes en el embarazo, tales como: HTA, cardiopatías, diabetes, genitorragia del último trimestre, anemia, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, fibromas, infecciones de transmisión sexual, infección urinaria, infección vaginal, patología tiroidea u otras.

En cuanto a las variables dependientes del consumo de marihuana, se interrogó consumo alguna vez en la vida de marihuana y si fue previo o durante el embarazo. Para la frecuencia de consumo previo y durante el embarazo las respuestas aceptadas fueron: una vez al mes o menos, una vez a la semana, una a tres veces por semana o todos los días. Luego, para evaluar la percepción de riesgo se utilizó la variable que valora la opinión de si consumir

marihuana durante el embarazo puede tener consecuencias negativas o no sobre el producto del mismo. Para darle un valor numérico a la percepción de este riesgo se utilizaron números entre 0 y 10, donde 0 fue el mínimo y 10 el máximo daño que el consumo generaría. También fueron analizadas las consecuencias negativas que cree la madre que puede tener sobre su hijo el consumo de marihuana durante el embarazo, cuyas respuestas posibles eran: retraso del crecimiento intrauterino, aborto u óbito, malformaciones, prematurez, dificultades de aprendizaje, problemas en el comportamiento, síndrome de abstinencia del recién nacido, otras y no sabe específicamente.

Se interrogó acerca de si la paciente recibió información sobre los posibles efectos de la marihuana en el embarazo. En cuanto a quién le proporcionó la misma las opciones fueron: Ginecólogo, Médico de Familia, Partera, Familiar, Amigos/Vecinos, Folletos, Medios de Comunicación (televisión, radio, diario), Internet, Institución Educativa, Creencia personal y otros.

Se le preguntó a la paciente si consideraba que la información recibida fue suficiente, si la misma cambió las características del consumo, si en embarazos anteriores consumió marihuana y si el médico le preguntó durante el embarazo si consumió marihuana, aceptándose en todas estas preguntas sí, no o no contesta como respuestas.

Todos los análisis fueron efectuados en 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 medidas 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 recolectadas como variables continuas pero posteriormente se recodificaron en variables categóricas para ser presentadas en las tablas.

Como mecanismo para disminuir los factores de confusión se entrenó a los entrevistadores y luego se realizó una prueba piloto a modo de corregir la redacción de las preguntas.

Se decidió recabar los datos de la historia neonatal el mismo día en que se realiza la entrevista, y así no perder esa información.

Se creó una base de datos online con los datos de las pacientes entrevistadas diariamente con el fin de evitar realizarle la encuesta dos veces a una misma paciente.

La entrevista se codificó para realizar la base de datos, haciendo corresponder el número de variable de la tabla con el número de pregunta en la entrevista. En cada variable se restringieron las opciones de respuesta para que cada entrevistador no cometiera errores al ingresar los datos. Debido al formato online utilizado asignamos un horario a cada entrevistador para que ingresara sus datos.

Se realizó un consentimiento informado en forma oral previo a las entrevistas, explicando los objetivos y propósitos del estudio, garantizando el anonimato de la paciente.

Esta investigación se realiza en el marco del Proyecto de Investigación del Núcleo Interdisciplinario Infancia 2020; cuyos responsables son Mario Moraes Castro, Prof. Agregado de Neonatología y Gabriel González Ravelino Profesor de Neutopediatría. Fue aprobada por el Comité de ética del CHPR bajo el título: Consumo de alcohol, marihuana, cafeína y cocaína durante el embarazo en la población usuaria del CHPR.

Resultados:

Los resultados fueron obtenidos en base a los registros transcritos por cada entrevistador. Esto implicó cierto número de datos calificados como *missing* o datos perdidos, ya sea por error en la transcripción, porque la encuestada no deseó contestar dicha pregunta o simplemente no le correspondía. Este valor obtenido de datos ausentes fue de importancia al momento de obtener los siguientes valores para cada variable estudiada a continuación.

En relación a las características de la población, está constituida por mujeres de entre 15 y 45 años, con una media de 24,2 años. Dividido por categorías de edad, la mayor frecuencia se encontró en la categoría de entre 20 a 24 años (66%). La raza blanca predomina en un 72,4%, mientras que un 9,6% es de raza negra y 18% mestiza.

En cuanto al estado civil predomina el concubinato (51,6%), mientras que 41,4% son solteras.

Sobre el nivel educativo, un 36,3% cursó primaria completa. Los años de estudio tienen una media de 7,6 años. Un amplio porcentaje de la población no trabaja fuera de su casa (81,6%).

En cuanto al número de embarazos, lo más predominante son entre 2 y 3 embarazos (49%), seguido de 38,5% primerizas.

Manifestaron el deseo concepcional 46,2%, mientras que 53,5% no deseaban quedar embarazadas.

Se ve un amplio porcentaje de pacientes que controlaron su embarazo (97,4%), de éstas un 89,9% presentaron 5 controles o más, con una media para el número de controles de 8,5. (Ver Tabla 1)

En cuanto a la terminación del embarazo, encontramos un 64,8% de partos vaginales, contra un 29,9% de cesáreas.

Con respecto al sexo del recién nacido, se registraron un 47,7% femenino y un 52,3% masculino.

Tabla 1. Características maternas.

N= 273

Edad	media	SD	máx-min
	24,18	6,18	15-45
categorias	n	%	
10 a 19	73	26,7	
20 a 34	180	65,9	
35 o más	20	7,3	
missing	0		
Raza	n	%	
blanca	197	72,4	
mestiza	49	18	
negra	26	9,6	
missing	1		
Estado civil	n	%	
casada	18	6,6	
soltera	113	41,4	
concubinato	141	51,6	
divorciada	1	0,4	
missing	0		
nivel educativo	n	%	
primaria	99	36,3	
secundaria	167	61,2	
terciaria	4	1,5	
otros	3	1,1	
missing	0		
años de estudio	media	SD	máx-min
	7,58	1,986	2-15
trabajo fuera de su casa	n	%	
si	50	18,4	
no	222	81,6	
missing	1		
N° de embarazos	n	%	
primerizas	92	38,5	
2 a 3	117	48,9	
4 o más	30	12,5	
missing	34		
deseo concepcional	n	%	
si	126	46,2	
no	146	53,5	
missing	1		

mientras que un 11% presentó alguna enfermedad, entre las que se destacan

Para las medidas antropométricas se obtuvieron las medias, para el peso al nacer fue de 3187,2 gramos, para el perímetro cefálico fue 34,3 cm, para la talla fue 48,9 cm y para la edad gestacional 38,3 semanas.

El 91% tuvo un Apgar al minuto entre 7 y 10, mientras que un 9% tuvo un Apgar al minuto menor a 7.

El 97,7% tuvo un Apgar a los 5 minutos entre 7 y 10, mientras que un 2,3% registró un Apgar a los 5 minutos menor a 7.

De los recién nacidos, un 86,7% fueron a alojamiento conjunto y un 12% de los recién nacidos fueron internados en diferentes sectores de la maternidad separados de sus madres, un 11% de ellos por patología en el período neonatal.

Un 83,5% no registraron enfermedades al nacer,

Continuación **Tabla 1.**

control del embarazo	n	%	máx-min
si	266	97,4	0-16
no	7	2,6	
missing	0		
N° de controles	media	SD	
	8,5	3,236	
categorias	n	%	
0 a 1	9	3,5	
2 a 4	17	6,6	
5 o más	232	89,9	
missing	15		

haber consumido antes del embarazo, declarando la mayoría (70,6%) una frecuencia de consumo de una vez al mes o menos y un 13,3% en forma diaria.

Tabla 2. Datos del Recién Nacido

N= 273	n	%		
Sexo				
Femenino	126	47,7		
Masculino	138	52,3		
missing	9			
Terminación	n	%		
Parto	171	64,8		
Fórceps	13	4,9		
Cesárea	79	29,9		
Vacuum	1	0,4		
missing	9			
Datos antropométricos	Media	DE	Rango	
Peso (gramos)	3187	580	890-4610	
Perímetro cefálico (cm)	34,3	2,41	25-53	
Talla (cm)	48,9	3,24	33-57	
Edad Gestacional (semanas)	Media	DE	Rango	
	38,3	2,08	24-41	
Apgar	Min 1		Min 5	
	n	%	n	%
0 a 6	23	9	6	2,3
7 a 10	233	91	250	97,7
missing	17		17	

anemia hemolítica, asfixia, aspiración de líquido meconial e ictericia. (Ver Tabla 2)

Con respecto al consumo de marihuana, obtuvimos que un 28,5% consumió alguna vez en su vida. De este porcentaje, un 97,4% refiere

De las pacientes que refirieron consumir marihuana alguna vez en su vida, solo un 3,6% lo hizo estando embarazada. De éstas, un 50% consumía una vez al mes o menos y un 30% todos los días. En cuanto a la edad, el 90% de las que consumieron embarazadas pertenece a la categoría de edad comprendida entre 10 y 19 años, y el 10% a

Continuación **Tabla 2.**

Referido	n	%
Alojamiento conjunto	229	86,7
Cuidados especiales	32	12,1
Otros hospitales	2	0,8
<i>missing</i>	10	
Enfermedades del RN	n	%
Ninguna	228	83,5
Una o más	30	11
<i>missing</i>	15	
Enfermedades presentes	n	%
Anemia hemolítica	1	0,4
Asfixia	1	0,4
Aspiración de líquido meconial	1	0,4
Ictericia	1	0,4

la segunda categoría de edad (20 a 34 años), las mayores a 34 años no declararon

consumo. Éste último resultado es estadísticamente significativo ya que se obtuvo un valor p de 0,001.

No se vio asociación entre el consumo de marihuana y el nivel

educativo de la población, el valor p obtenido fue 0,199. (Ver Tablas 3 y 4)

Tabla 3. Datos de consumo de Cannabis

Consumo alguna vez en la vida	n	%
si	77	28,5
no	193	71,4
<i>missing</i>	3	
consumo antes del embarazo	n	%
si	75	97,4
no	2	2,5
<i>missing</i>	196	
frecuencia de consumo	n	%
1 al mes o menos	53	70,6
1 a la semana	7	9,3
1-3 veces semana	5	6,6
todos los días	10	13,3
<i>missing</i>	198	
consumo durante el embarazo	n	%
si	10	3,6
no	263	96,6
<i>missing</i>	0	

Tampoco existe asociación entre el consumo y la planificación del embarazo (Valor p 0,363). (Ver tabla 5)

Al evaluar la percepción de riesgo, un 92,4% piensa que consumir marihuana puede traer consecuencias negativas para su bebé. Con una media de score de percepción de 8,8/10.

De las que consideran que tienen consecuencias negativas un 43,6% no sabe específicamente cuales, un 21,1% cree que le puede causar malformaciones al

Continuación **Tabla 3.**

frecuencia de consumo	n	%	
1 al mes o menos	5	50	
1 a la semana	2	20	
1-3 veces semana	0	0	
todos los días	3	30	
<i>missing</i>	263		
percepción de riesgo	n	%	
si	243	92,4	
no	20	7,6	
<i>missing</i>	10		
score de percepción	media	SD	máx-min
	8,8	2,32	0-10
Categorías	n	%	
0 a 3	13	5,1	
4 a 6	19	7,5	
7 a 10	221	87,4	
<i>missing</i>	20		
Consecuencias negativas		%	
que no aumente de peso		5,2	
perder el embarazo		7,7	
malformaciones		21,1	
que nazca antes de tiempo		3,7	
problemas en la escuela		3,7	
problemas de comportamiento		5,6	
dificultad para calmar		4,1	
adiccion del niño		2,6	
no sabe específicamente		43,6	
otro		16,1	

los efectos adversos, un 70% declaró haber consumido, mientras que un 30% lo disminuyó.

recién nacido, un 16,1% nombró consecuencias no clasificadas en la entrevista, donde predominaron las afecciones respiratorias.

Al analizar el consumo de marihuana en relación a la percepción de riesgo no se obtuvieron resultados

estadísticamente significativos (Valor p 0,521). Tampoco se vio asociación entre las categorías de edad y percepción de riesgo (Valor p 0,428). (Ver Tabla 6)

Del total de las encuestadas un 76% refiere no haber recibido información sobre los efectos de la marihuana en el embarazo. Un 52,4% basó su opinión en creencias personales. De las que sí recibieron información, la mayoría lo hicieron por medio de amigos o vecinos (5,9%). El 75,7% considera que la información recibida fue suficiente. De las que consumían y recibieron información sobre

mantenido las características del

Continuación **Tabla 3.**

recibió información	n	%
si	64	23,9
no	204	76,1
<i>missing</i>	5	
quien proporcionó la información		%
ginecólogo		5,9
médico de familia		2,6
partera		4,1
familiar		2,2
amigos/vecinos		5,9
folleto		2,2
TV/radio/diario		4,4
internet		3
educación		3
creencia personal		52,4
otro		1,9
suficiencia de la información	n	%
si	56	75,7
no	18	24,3
<i>missing</i>	199	
la información cambió el consumo	n	%
aumentó	0	0
permaneció igual	7	70
disminuyó	3	30
<i>missing</i>	263	
consumo en embarazos previos	n	%
si	5	2,7
no	176	97,2
<i>missing</i>	92	
el médico preguntó el consumo de marihuana	n	%
si	216	80,3
no	53	19,7
<i>missing</i>	4	

De las que han tenido más de un embarazo 97,2% dijo no haber consumido marihuana en embarazos previos.

Un 80,3% de las embarazadas refirió haber sido interrogada sobre el consumo de marihuana por el médico. (Ver Tabla 3)

Tabla 4. Análisis bivariado entre consumo de marihuana durante el embarazo - edad y consumo de marihuana durante el embarazo - nivel educativo

	<i>Edad (años)</i>			<i>Valor P</i>
	10-19	20-34	>35	
<i>Consumen</i>	90%	10%	0%	0,001
<i>No consumen</i>	27,4%	71%	1,3%	

	<i>Nivel educativo</i>		<i>Valor P</i>
	Primaria	Secundaria o mas	
<i>Consumen</i>	20%	80%	0,199
<i>No consumen</i>	41%	58,90%	

Tabla 5. Análisis bivariado entre planificación del embarazo y consumo de marihuana durante el embarazo

	<i>Consumo</i>	<i>No consumo</i>	<i>Total</i>	<i>Valor P</i>
<i>Planificación del embarazo</i>				0,363
SI	8,30%	91,60%	100%	
No	14,90%	85%	100%	

Tabla 6. Análisis bivariado entre percepción de riesgo-edad y percepción de riesgo- consumo

	<i>Percepcion de riesgo</i>			<i>Valor P</i>
	0-3	4-6	7-10	
<i>Categorías de edad (años)</i>				0,428
>34	0%	5,2%	94,7%	
20-34	5,4%	5,9%	88,6%	
10-19	5,9%	11,9%	82%	

	<i>Percepción de riesgo</i>			<i>Valor P</i>
	0-3	4-6	7-10	
<i>Consumo</i>				0,521
Si	11,10%	0%	88,80%	
No	12,30%	12,30%	75,30%	
Total	23,34%			

Conclusiones y perspectivas.

En éste estudio se observó una prevalencia de consumo de marihuana previo al embarazo de 28,5%. Éste valor es levemente mayor al evidenciado por la JUNASA, en la Encuesta Nacional de Hogares sobre consumo de drogas (20%) realizado en 2011. Creemos que puede deberse principalmente al tamaño muestral y a las diferencias en las características particulares de las muestras. Dentro de esas características destacamos el sexo, la edad, la pertenencia a un servicio de salud pública y a un medio socioeconómico determinado. Sin embargo, en un estudio australiano, que comparte algunas de las características de nuestra muestra, se evidenció que un 30% de las mujeres mayores de 14 años habían consumido cannabis alguna vez en la vida (3).

En cuanto a la prevalencia de consumo de marihuana durante el embarazo esta fue de 3,6%, en comparación con otro estudio, que fue de 2,5% (9). Vemos la similitud de la prevalencia del consumo de marihuana a nivel mundial durante el embarazo con la de nuestro medio.

En futuras investigaciones creemos que sería valioso utilizar un método más fiable que la autodeclaración, como es la detección de metabolitos en el meconio o en el cabello del recién nacido (7).

Al evaluar la percepción de riesgo, no encontramos estudios previos sobre este tema. De nuestros resultados obtuvimos que un 92,4% opina que el consumo puede tener un efecto negativo en el embarazo y el recién nacido, valorando dicho riesgo en un score con media de 8,8/10. Cabe destacar, que de las encuestadas un 76% no recibió información sobre los efectos. Esto se refleja en que un 43,6% no sabe específicamente qué efectos les puede causar al recién nacido. Dentro de los efectos que sí fueron mencionados, se destacan las malformaciones con un 21.1%. Mientras que los efectos que se han demostrado en estudios a nivel mundial son bajo peso al nacer (con OR 1.7), prematuridad (OR 1.5), pequeño para la edad gestacional (OR 2.2) y admisión en UCI (OR 2.0) (3). Efectos a largo plazo en el desarrollo del niño también han sido documentados. En la infancia se observa disminución de la atención sostenida, aumento de la impulsividad, hiperactividad y agresividad. Durante el

periodo escolar se hacen evidentes trastornos en la capacidad intelectual y funciones ejecutivas y déficit atencional que interfieren en el rendimiento académico. Finalmente, en la adolescencia se ha visto un aumento del riesgo del consumo de drogas y trastornos afectivos (9) (10). Considerando lo anterior creemos que es imprescindible la implementación de nuevas estrategias sanitarias para brindar información acerca de las consecuencias del consumo de drogas durante el embarazo.

Al realizar el análisis multivariado se observó una asociación entre edad y consumo de marihuana concluyéndose, al igual que en el estudio de Mohammad R. Hayatbakhsh (3), que la mayoría de las consumidoras durante el embarazo fueron adolescentes.

A pesar de que nuestro estudio no evidenció una asociación significativa entre el consumo de marihuana durante el embarazo y el nivel de educación materno, sí existió una tendencia ya que de las consumidoras un 80% tenía un nivel educativo secundario o mayor. Para determinar mejor esta asociación hubiera sido más apropiado crear categorías dentro de secundaria como ciclo básico y bachillerato.

De los análisis bivariados que se realizaron entre edad-percepción de riesgo, consumo-percepción de riesgo, consumo-planificación y consumo-nivel educativo, cuyos valores p no fueron significativos, creemos puede deberse al tamaño muestral. Por ello son necesarios futuros estudios con objetivos similares y un mayor tamaño muestral para poder evidenciar estas posibles asociaciones.

Referencias bibliográficas:

- (1) Nancy L. Day PhD, Sharon L. Leech, MPH, and Lidush Goldsmidt PhD. The Effects of Prenatal Marijuana Exposure on Delinquent Behaviors are Mediated by Measures of Neurocognitive Functioning. *Neurotoxicol Teratol.* 2011; 33(1): 129-136
- (2) Mario Moraes, Andrea Ghione, Gabriel González, Eleuterio Umpiérrez, Silvia González, Antonio Pascale, Claudio Sosa. Recién nacido expuesto a droga psicoactivas. *Cuadernos Fundacion Medica Mauricio Gajer- SEMM.* 2013; 19
- (3) Mohammad R. Hayatbakhsh, Vicki J. Flenady, et al. Birth outcomes associated with cannabis use before and during pregnancy. *The Pediatric Research*, 2012; vol 71 N°2, 215-219. (4) Saleh Gargari S, Fallahian M, Haghghi L, Hosseinneshad-Yazdi M, Dashti E, Dolan K. Maternal and neonatal complications of substance abuse in Iranian pregnant women. *Acta Med Iran.* 2012; 50(6):411-6. (5) El Marroun H1, Tiemeier H, Steegers EA, Jaddoe VW, Hofman A, Verhulst FC, van den Brink W, Huizink AC. Intrauterine cannabis exposure affects fetal growth trajectories: the Generation R Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009 Dec; 48(12):1173-81.
- (4) Saleh Gargari S1, Fallahian M, Haghghi L, Hosseinneshad-Yazdi M, Dashti E, Dolan K. Maternal and neonatal complications of substance abuse in Iranian pregnant women.. *Acta Med Iran.* 2012;50(6):411-6.
- (5) Hannan El Marroun et al. Intrauterine Cannabis Exposure Affects Fetal Growth Trajectories: The Generation R Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* Volume 48, Issue 12, Pages 1173-1181, December 2009
- (6) J. Calzada, H. Suarez, J. Ramirez, Junta Nacional de drogas, Quinta encuesta nacional en hogares sobre el consumo de drogas, mayo 2012.
- (7) Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. *Farmacología Humana.* España: Elsevier; 2008. P.679-680.

- (8) S C Jaques, A Kingsbury, P Henshcke, C Chomchai, S Clews, J Falconer, M E Abdel-Latif, J M Feller and J L Oei. Cannabis, the pregnant woman and her child: weeding out the myths. *Journal of Perinatology* 34, 417-424 (June 2014).
- (9) Claudia V. Morris,¹Jennifer A. DiNieri,¹ Henrietta Szutorisz,¹ and Yasmin L. Hurd. Molecular mechanisms of maternal cannabis and cigarette use on human neurodevelopment. *Eur J Neurosci*. Nov 2011; 34(10): 1574–1583.
- (10) Chia-Shan Wu, Christopher P Jew y Hui-Chen Lu, Lasting impacts of prenatal cannabis exposure and the role of endogenous cannabinoids in the developing brain. *Future Neurol*. 2011 July 1; 6(4): 459–480.
- (11) Bar-Oz B1, Klein J, Karaskov T, Koren G. Comparison of meconium and neonatal hair analysis for detection of gestational exposure to drugs of abuse. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2003 Mar;88(2):F98-F100.
- (12) Grace Chang, E. John Orav, Jennifer A. Jones, Tatyana Buynitsky, Stephanie Gonzalez, and Louise Wilkins-Haug. Self-Reported alcohol and Drug Use in Pregnant Young Women: A Pilot Study of Prevalence and Associated Factors. *AddictMed*. Sep 2011; 5(3): 221–226.

Agradecimientos:

A Gabriel González, Mario Moraes y Claudio Sosa, por las herramientas académicas y la ayuda técnica brindadas durante este proyecto. Al resto del grupo de investigación por colaborar con la realización de las encuestas.

Anexos:

METODOLOGIA CIENTIFICA II - ENCUESTA PARA LA MONOGRAFIA 2014

Datos de la paciente:

1 Sala _____ Cama _____

2 Nombre y apellido: _____

Dirección: _____ Tel. _____

Barrio/Ciudad: _____ Dpto: _____

Datos encuestador:

3. Nombre del entrevistador: _____

4. Fecha de la entrevista (dd/mm/aa) _____

Datos demográficos:

5. Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): ____/____/____ No contesta

6. ¿Cuántos años tiene? _____ No contesta

7. Observe el color de piel de la madre y marque según su criterio (NO PREGUNTAR)

Blanca Negra Mestiza Otra, especifique _____

8. ¿Cuál es su estado civil actual?

Casada Soltera Concubina (solo si es más de un año) Divorciada

Viuda No contesta

9. ¿Qué nivel educacional tiene? (indique último año aprobado)

Primaria años _____

Secundaria años _____

Terciaria años _____

Otros años _____

No contesta

10. ¿ Trabaja fuera de su casa? Si No No contesta

Historia del embarazo actual y antecedentes personales:

11. ¿Este qué número de embarazo es? (Incluyendo los embarazos perdidos si hubo) _____

12. ¿De cuántas semanas/meses estaba cuándo se enteró que estaba embarazada?

_____ Sem _____ Mes No sabe

13. ¿Quería quedar embarazada?

Sí No No contesta

14. ¿Se controló el embarazo?

Sí No No contesta

15. ¿Cuántos controles se realizó durante este embarazo? _____ No sabe

16. ¿Tuvo usted alguna de las siguientes enfermedades durante este embarazo?

	presente		tratada		no sabe/recuerda
	si	no	si	no	
Presión alta					
Enfermedades del corazón					
Diabetes					
Sangrados genitales en los últimos 3 meses					
Anemia					
Amenaza de aborto					
Amenaza de parto prematuro					
Fibromas					
Infecciones de transmisión sexual					
Infección urinaria					
Infección vaginal					
Bocio					
Otra					

Hablemos sobre algunas sustancias que se consumen en el embarazo, como Ud. sabe actualmente existe un mayor uso de sustancias permitidas y no permitidas. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre el uso de éstas.

17. ¿Alguna vez tomó algún medicamento para dormir, mejorar su estado de ánimo, crisis convulsivas o algún medicamento que le haya recetado el psiquiatra? (Si responde no, pase a la pregunta 24)

Sí No No contesta

18. Especifique para qué tomó:

Para dormir Depresión Ansiedad Crisis de pánico
 Crisis convulsivas Psicosis, alucinaciones Otros

19. ¿Qué medicamento tomó?

Benzodiacepinas (Diazepam, Clonazepam, Lorazepam)

Anti depresivos

(Sertralina, Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram, Amitriptilina)

Anti psicóticos (Haloperidol, Quetiapina)

Anti convulsivantes (Carbamazepina, Fenitoina, Valproato)

20. ¿Quién se lo indicó?

Medico Usted mismo Otro

21. ¿Cuál de las siguientes situaciones describe mejor su situación de consumidora de este tipo de fármacos?

Dejé de consumir antes de saber que estaba embarazada

Dejé de consumir cuando me enteré que estaba embarazada

Consumí estando embarazada, pero ahora no consumo

Seguí consumiendo, pero menos que antes

Desde que supe que estaba embarazada, continúe consumiendo igual que antes

22. ¿En qué trimestre del embarazo dejó de consumir o disminuyó el consumo?

Primer trimestre

Segundo trimestre

Tercer trimestre

23. ¿Por qué dejó de consumir o disminuyó el consumo?

Indicación médica Decisión propia Consejo familiar o de amigos
Otros

24. Independientemente si consume o no, ¿piensa usted que consumir este tipo de fármacos durante el embarazo puede traer consecuencias negativas para su bebe?

No Si No contesta

25. En una escala con valores del 0 al 10, ¿Qué numero le pondría al riesgo que le genera al bebe

consumir estos fármacos durante el embarazo? _____ No sabe

26. ¿Qué consecuencias negativas cree que puede tener sobre su hijo consumir estos medicamentos? (Pregunta abierta)

Que no aumente de peso
Perder el embarazo
Malformaciones
Que nazca antes de tiempo
Que tenga problemas en la escuela
Problemas de comportamiento
Que sea difícil de calmar
Otro
No sabe específicamente

27. ¿En embarazos anteriores consumió alguno de estos fármacos?

Si No No contesta

28. Durante el embarazo, ¿El médico le pregunto si consumía estos fármacos?

Si No No contesta

En relación al consumo de alcohol:

29. Usted ¿Tomó bebidas alcohólicas durante el embarazo?(Si contesta NO: dar ejemplos tales como vino, cerveza, whisky , vodka . Si vuelve a contestar no, pase a la pregunta 36)

Si No No contesta

30.¿Qué tan seguido consumió bebidas alcohólicas?

Una sola vez en todo el embarazo Una vez/mes o menos

Una vez/semana 1-3 veces/semana Todos los días

31. ¿En qué trimestre tomó más alcohol?

Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre

32. Indique la forma de consumo:

Usted....		
¿Tomó vino?	NO SI	<u>código de los recipientes:</u> (1) Vaso chico, tipo de grapa (2) copa chica (100ml) (3) Vaso común (200ml) (4)Lata (350ml) (5)Botella o caja (750-1000ml)
¿Cuántos días por mes?		
¿Cuánto tomaba por día (nº de recipientes)?		
¿Tipo de recipiente? (código)		
¿Tomó cerveza?	NO SI	
¿Cuántos días por mes?		
¿Cuánto tomaba por día (nº de recipientes)?		
¿Tipo de recipiente? (código)		
¿Tomó alguna otra bebida alcohólica: sidra, grapa, caña, medio y medio, whisky, etc.?	NO SI	
¿Cuántos días por mes?		
¿Cuánto tomaba por día (nº de recipientes)?		
¿Tipo de recipiente? (código)		

33. ¿Alguna vez se emborrachó (ingesta excesiva) durante el embarazo?

Nunca

Si una vez en todo el embarazo

Si una vez por mes

Si una vez por semana

Si todos los días

No contesta

34. En su casa, ¿Tiene bebidas alcohólicas?

Si No No contesta

35. ¿En alguna oportunidad intentó dejar de tomar alcohol?

Si No No contesta

36. Independientemente si consume o no, ¿piensa usted que consumir alcohol durante el embarazo puede traer consecuencias negativas para su bebe?

Si No No contesta

37. En una escala con valores del 0 al 10, ¿Qué numero le pondría al riesgo que le genera al bebe consumir alcohol durante el embarazo?

_____ No sabe

38. ¿Qué consecuencias negativas cree que puede tener sobre su hijo consumir alcohol durante el embarazo? (Pregunta abierta)

- Que no aumente de peso
- Perder el embarazo
- Malformaciones
- Que nazca antes de tiempo
- Que tenga problemas en la escuela
- Problemas de comportamiento
- Que sea difícil de calmar
- Otro
- No sabe específicamente

39. ¿De quien recibió información acerca de los riesgos de consumir alcohol durante el embarazo?

- Médico Ginecólogo Médico de Familia Partera Familiar
- Amigos/Vecinos Folleto TV, Radio, Diario Internet
- Institución educativa Creencia personal (pase a pregunta 42)
- Otros

40. Si recibió información ¿Considera que ésta fue suficiente?

- Sí No No contesta

41. La información recibida ¿Cambió las características del consumo?

Solo si respondió que consumía

- Aumentó Permaneció igual Disminuyó

42. ¿En embarazos anteriores consumió alcohol?

Si No No contesta

43. Durante el embarazo, ¿El médico le pregunto si consumía alcohol?

Si No No contesta

En relación al consumo de marihuana:

44. ¿Alguna vez en su vida consumió marihuana? (Si contesta NO pasar a la pregunta 49)

Si No No contesta

45. Antes de estar embarazada ¿consumió marihuana?

Sí No No contesta

46. ¿Qué tan seguido la utilizaba?

Una vez/mes o menos Una vez/semana 1-3 veces/semana
Todos los días

47. Luego de quedar embarazada, ¿consumió marihuana? (Si contesta no, pase a la pregunta 49)

Sí No No contesta

48. ¿Qué tan seguido la utilizó durante el embarazo?

Una vez/mes o menos Una vez/semana 1-3 veces/semana
Todos los días

49. Independientemente si consume o no, ¿piensa usted que consumir marihuana durante el embarazo puede traer consecuencias negativas para su bebe?

No Si No contesta

50. En una escala con valores del 0 al 10, ¿Qué numero le pondría al riesgo que le genera al bebe consumir marihuana durante el embarazo?

_____ No sabe

51. ¿Qué consecuencias negativas cree que puede tener sobre su hijo consumir marihuana? (Pregunta abierta)

- Que no aumente de peso
- Perder el embarazo
- Malformaciones:
- Que nazca antes de tiempo
- Que tenga problemas en la escuela
- Problemas de comportamiento
- Que sea difícil de calmar
- Que el niño sea adicto luego
- Otro
- No sabe específicamente

52. En cuanto a los posibles efectos de la marihuana durante el embarazo ¿Recibió algún tipo de información?

Sí No No contesta

53. Si recibió información ¿Quién se la proporcionó?

- Medico Ginecólogo Médico de Familia Partera familiar
- Amigos/Vecinos Folleto TV, Radio, Diario Internet

Institución educativa Creencia personal (pase a pregunta 56)
Otros

54. ¿Considera que la información que recibió fue suficiente?

Sí No No contesta

55. La información recibida ¿cambió las características del consumo?

Solo si respondió que consumía.

Aumentó Permaneció igual Disminuyó

56. ¿En embarazos anteriores consumió marihuana?

Si No No contesta

57. Durante el embarazo, ¿El médico le pregunto si consumía marihuana?

Si No No contesta

En cuanto al consumo de cocaína o pasta base de cocaína (PBC):

58. ¿Consumió cocaína o pasta base de cocaína (PBC) en este embarazo? (Si contesta no, pase a la pregunta 63)

Si No No contesta

59. ¿Qué tan seguido consumió?

Una vez/mes o menos Una vez/semana 1-3 veces/semana

Todos los días

60. ¿En qué trimestre consumió más?

Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre

61. ¿De qué forma la consumió?

Inhalada Intravenoso Fumada (basoco) Pasta base

62. ¿Alguna persona además de usted consumió cocaína o PBC en su casa?

Si No No contesta

63. Independientemente si consume o no, ¿piensa usted que consumir cocaína o PBC durante el embarazo puede traer consecuencias negativas para su bebe?

No Si No contesta

64. En una escala con valores del 0 al 10, ¿Qué numero le pondría al riesgo que le genera al bebe consumir cocaína o PBC durante el embarazo? _____ No sabe

65. ¿Qué consecuencias negativas cree que puede tener sobre su hijo consumir cocaína o PBC? (Pregunta abierta)

Que no aumente de peso	<input type="checkbox"/>
Perder el embarazo	<input type="checkbox"/>
Malformaciones	<input type="checkbox"/>
Que nazca antes de tiempo	<input type="checkbox"/>
Que tenga problemas en la escuela	<input type="checkbox"/>
Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/>
Que sea difícil de calmar	<input type="checkbox"/>
Que el niño sea adicto	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>
No sabe específicamente	<input type="checkbox"/>

66. En cuanto a los posibles efectos de la cocaína/ PBC durante el embarazo ¿Recibió algún tipo de información?

Sí No No contesta

67. Si recibió información ¿Quién se la proporcionó?

Medico Ginecólogo Médico de Familia Partera Familiar

Amigos/Vecinos Folleto TV, Radio, Diario Internet

Institucion educativa Creencia personal (pase a pregunta 70)

Otros

68. ¿Considera que la información que recibió fue suficiente?

Sí No No contesta

69. La información recibida ¿cambió las características del consumo?

Solo si respondió que consumía.

Aumentó Permaneció igual Disminuyó

70 ¿Consumió cocaína PBC en algún otro embarazo anterior?

Sí No No contesta

71. Durante el embarazo, ¿El médico le pregunto si consumía cocaína/PBC?

Si No No contesta

Datos del Carne Perinatal

72. Nacimiento: hora ___ min ___ día ___ mes ___ año ___

73. Terminación: espontáneo fórceps cesárea
vacuum

74. Sexo: F M No definido

75. Peso (g):

76. Perímetro cefálico (cm):

77. Longitud (cm):

78. Edad gestacional: ___ semanas ___ días

79. Peso para la EG: adecuado pequeño grande

80. Apgar: 1 minuto ___ 5 minutos ___

81. Reanimación: estimulación aspiración mascara oxígeno
masaje tubo

82. Referido: alojamiento conjunto neonatología otro
hospital

83. Enfermedades del RN: ninguna 1 o más códigos: