



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Centro Hospitalario
PEREIRA ROSSELL

*“Impacto del conocimiento del embarazo en hábitos de consumo
maternos de drogas legales e ilegales: un estudio descriptivo”*

Ciclo de Metodología Científica II

Cátedra de Neuropediatría

Cátedra de Neonatología

Centro Hospitalario Pereira Rossell

Integrantes

Cardozo, Tatiana

Falcao, Gimena

González, Pilar

Hernández, Victoria

Lima, Lucía

Orientadores

Prof. Dr. Gabriel González Rabelino

Prof. Adj. Dr. Mario Moraes

Facultad de Medicina
Universidad de la República

2016

Índice

Resumen.....	3
Marco teórico.....	4
Justificación, antecedentes e importancia del tema.....	4
Marihuana.....	5
Cocaína y pasta base de cocaína.....	6
Alcohol.....	7
Tabaco.....	8
Percepción del consumo y factores asociados.....	9
Objetivos.....	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos	11
Metodología.....	11
Resultados.....	13
Caracterización de la población de estudio.....	14
Consumo de sustancias durante el embarazo.....	15
Descripción del consumo y variables socioeconómicas y demográficas.....	15
Edad y consumo.....	16
Escolarización y consumo.....	17
Nivel socioeconómico y consumo.....	17
Modificación del hábito de consumo y antecedentes obstétricos.....	17
Resultados perinatales y consumo.....	19
Planificación del embarazo y consumo.....	20
Discusión.....	21
Conclusiones.....	23
Bibliografía.....	24
Agradecimientos.....	28

“Impacto del conocimiento del embarazo en hábitos de consumo maternos de drogas legales e ilegales: un estudio descriptivo”

Resumen

Introducción:

La alta prevalencia de consumo de drogas legales e ilegales es un conocido problema de salud de frecuencia creciente. El binomio materno-fetal no escapa a esta realidad.

En estudios realizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) el consumo durante el embarazo en 2011 fue 33,9% para el alcohol y 9,5% para la cocaína. El 9,13% consumieron marihuana previo al embarazo de las cuales 1,7% lo mantuvo durante la gestación. Fumaron 35,5% de las encuestadas en el 2010.(3)

Interesa conocer la prevalencia del consumo, características de las madres consumidoras, y las modificaciones de consumo en el embarazo, a modo de brindar información que pudiera contribuir a elaborar y poner en acción estrategias de prevención y educación.

Objetivos:

Identificar modificaciones de hábitos de consumo de marihuana, tabaco, alcohol, cocaína y pasta base de cocaína en púerperas internadas en el CHPR en el periodo de julio-septiembre del 2016.

Metodología:

Estudio epidemiológico descriptivo observacional de corte transversal realizado en el CHPR.

|Se realizó una encuesta precodificada a púerperas ingresadas en salas de maternidad. Se recabaron datos acerca del consumo de tabaco, alcohol, marihuana ,cocaína y pasta base de cocaína.

Se analizaron los datos mediante hojas de cálculo de Excel. Los resultados se expresan mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados:

Se recabaron 98 encuestas. Del total, 60,2% declaró haber fumado alguna vez en su vida. La frecuencia de consumo reportado durante el embarazo fue 19,39% para tabaco, 10,2% para alcohol, 4,08% marihuana y 3,06% cocaína y/o sus derivados.

Conclusiones:

La alta prevalencia de consumo en nuestra muestra, es un claro ejemplo de que es necesario aumentar las medidas de prevención, intensificando la intervención del personal de salud en los estratos de mayor riesgo.

Palabras clave: Embarazo, Consumo, drogas, prevalencia, modificación.

Introducción

Es conocido que el consumo de drogas legales e ilegales es un problema de salud pública e individual de frecuencia creciente, con repercusiones clínicas, sociales, psicológicas, económicas y judiciales tanto a nivel mundial como local.

Según el Informe Mundial de Drogas 2015 de la United Nations On Drugs and Crime (UNODC) se estima que 1 de cada 20 personas de entre 15 y 64 años consumieron drogas ilícitas en el 2013, y 1 de cada 10 personas tiene un consumo problemático. **(1)** Esto constituye un gran problema de salud pública en el mundo en lo que concierne a la prevención, tratamiento y atención de los trastornos asociados.

Pese a que 1 de cada 3 consumidores de drogas es mujer, 1 de cada 5 de ellos que reciben tratamiento es mujer. **(1)**

La Encuesta Nacional de Hogares (ENH) realizada en 2015 sobre el consumo de drogas en la población Uruguaya, arrojó que el alcohol fue la droga de mayor prevalencia con un 71,1% de personas que habían consumido en el último año, siendo de un 33% para el tabaco, 9,3% para la marihuana y 1,6% para la cocaína (prevalencia de los últimos 12 meses). **(2)**

Estos estudios no establecen diferencias de prevalencia según el género ni la edad, por lo que se desconoce la proporción de mujeres en edad reproductiva expuestas a sustancias psicoactivas.

Se han realizado previamente en nuestro país diferentes estudios que buscaron identificar el consumo materno tanto por auto-declaración como por estudio de marcadores biológicos. De dichos estudios se obtiene que: el consumo durante el embarazo en el año 2011 fue de 33,9% para el alcohol y de 9,5% para la cocaína, 9,13% declararon consumo de marihuana previo al embarazo de las cuales 1,7% lo mantuvo durante la gestación. En cuanto al tabaco un 35,5% de las mujeres embarazadas declararon consumirlo en el año 2010.**(3)** Sin embargo estos estudios no analizaron la modificación del consumo a causa del embarazo, ni sus motivaciones.

Existen múltiples estudios tanto nacionales como internacionales que analizan el efecto de estas drogas en el desarrollo fetal y neuroconductual del niño, a corto, mediano y largo plazo, pero no se ha estudiado de manera exhaustiva las variables que influyen en los cambios del consumo materno.

Durante la gestación se producen cambios neuroconductuales y hormonales en la madre cuyo objetivo es fomentar el apego y la interacción con el niño, convirtiendo este período en un momento oportuno para implementar programas de cesación de consumo.

Por todo lo anteriormente mencionado, el objetivo del presente estudio será investigar qué variables estaban presentes en las mujeres que modificaron el hábito de consumo de drogas durante el embarazo.

Marco teórico

Justificación, antecedentes e importancia del tema

Son ampliamente conocidos los efectos del consumo de drogas, tanto lícitas como ilícitas, durante la gestación en el binomio madre-hijo. Los mismos varían desde anomalías estructurales y funcionales hasta problemas en el crecimiento y desarrollo, que se pueden evidenciar en diversas etapas, ya sea fetal, neonatal, en la infancia y adolescencia e incluso en la adultez.

La ingesta de teratógenos durante el periodo de organogénesis produce abortos o malformaciones congénitas. La exposición más tardía, en especial en las últimas semanas del embarazo o durante el parto suelen afectar la función de órganos o sistemas enzimáticos específicos y por lo general más al recién nacido que al feto.(4)

La exposición a estos tóxicos, sumado a otros factores como lo son la malnutrición, psicopatología de los cuidadores, falta de estimulación y condiciones económicas desfavorables conforman la etiología de la discapacidad intelectual leve y moderada, la cual tiene una prevalencia de 2,5 %, siendo el otro 0,5 % la discapacidad severa, la cual está asociada a factores genéticos. (3)

La importancia de lo anteriormente mencionado radica en que anualmente más de 200 millones de niños menores de 5 años no alcanzan su pleno potencial cognitivo y social. La mayoría de ellos viven en hogares pobres, en condiciones socio-ambientales desfavorables con estimulación deficiente y están expuestos a los efectos del consumo del alcohol y otras sustancias de abuso. Esto determina trastornos de aprendizaje escolar que provocan ingresos económicos insuficientes que contribuyen a perpetuar la pobreza en forma longitudinal. (3)

El consumo de estas sustancias por la embarazada se considerada visto por la sociedad moderna como la antítesis del comportamiento responsable y de la “buena salud” que deberían tener la gestantes (5) Existe un fuerte incentivo moral para que las mujeres embarazadas se abstengan de usar drogas (5) Estas mujeres son vistas como un fracaso en su rol reproductivo, colocándoles entre los grupos más estigmatizados de la sociedad. (5)

En contraste con la idea de que el riesgo es un fenómeno objetivo basado en cálculos científicos de probabilidad, enfoques socio-culturales enfatizan que la percepción de riesgo está sumergida en relaciones sociales y en la cultura, es decir, en valores y creencias compartidas.(5)

A pesar de la importancia que reviste el tema por el efecto deletéreo en la salud materno-fetal, los costos económicos derivados de ello, y del conocimiento de que el embarazo y el puerperio constituyen en muchos casos la mejor oportunidad para el inicio de tratamientos

en relación al abandono de la adicción (6) , pocas investigaciones han abordado la temática de percepción de riesgo en mujeres embarazadas usuarias de drogas.

En un estudio que intentaba analizar como las mujeres negociaban y manejaban discursos acerca de continuar fumando durante el embarazo a pesar de saber que era potencialmente riesgoso para sus futuros hijos y ellas mismas, encontraron que se repetían con mayor frecuencia dos motivos que denominaron “acumular la evidencia” y “fumar por salud”. En el primero las mujeres citaban evidencia personal observable de sus hijos (por ejemplo peso al nacer normal), para generar conclusiones propias acerca del riesgo de fumar durante el embarazo en sus hijos. Les permitía demostrar como ellas habían evadido ese riesgo y sus hijos eran sanos, así como dudar acerca de los riesgos de fumar durante la gestación. El segundo discurso encontrado fue el de “fumar por salud”, en el cual las mujeres declaraban la situación de dejar de fumar como estresante, y como resultado más dañina que continuar fumando una menor cantidad. (27)

Comprender mejor la percepción de riesgo de las embarazadas y conocer los diferentes factores que influyen en los patrones de consumo y como estos se relacionan es imprescindible para elaborar y poner en acción estrategias de prevención y educación adecuadas para nuestra población.

En la población uruguaya las drogas con mayor prevalencia de consumo, como fue mencionado anteriormente son: alcohol, tabaco, marihuana, cocaína y pasta base de cocaína. Se desarrollará un breve análisis de cada una de estas sustancias, destacando prevalencia de consumo mundial y nacional y sus principales efectos en la salud materno-fetal.

Marihuana

Debido a sus propiedades psicoactivas la venta, consumo y cultivo de Cannabis Sativa está prohibido en la mayoría de los países del mundo (7). Este no es el caso de Uruguay donde en el año 2013 se crea la Ley N° 19.172 denominada “Control y regulación del estado de importación, producción, adquisición, almacenamiento, comercialización, y distribución” con el fin de proteger, promover, y mejorar la salud pública de la población mediante una política orientada a minimizar riesgos y reducir los daños del uso de cannabis .(8)

Según el Informe mundial de drogas el consumo de marihuana a nivel mundial ha ido en aumento siendo la principal droga ilícita consumida por las embarazadas (9) . En nuestro país la ENH del año 2015 refleja que el 9.3% de la población ha consumido marihuana en los últimos 12 meses.(2) En cuanto a las embarazadas internadas en el CHPR en el año 2011, un 9,13 % declararon consumo de esta droga previo al embarazo y un 1,7 % continuaron el consumo durante el mismo.(3)

La marihuana deriva de la planta cannabis sativa y su componente activo es el 9-tetrahidrocannabinol (THC). Este puede generar alteraciones de pensamiento y conducta, relajación, euforia, disminución de la ansiedad, estado de alerta y bajo el efecto de esta droga se produce también déficit cognitivo y psicomotor (7) . Los efectos guardan relación con la dosis de consumo, la experiencia del usuario y la forma de consumo (10).

El THC tiene receptores cannabinoides en hipotálamo, la amígdala, el hipocampo, la corteza cerebral, el tallo cerebral y otras estructuras (7) . Este atraviesa la membrana placentaria y líquido amniótico pudiendo provocar daño teratógeno y mutagénico en el feto. Una dosis puede permanecer en el organismo materno hasta 45 días aumentando el riesgo al feto. (3) (7) Los receptores cannabinoides están presentes desde etapas tempranas de la gestación pudiendo regular la proliferación, migración, especificidad y supervivencia de células neuronales. (3) (7)

Cocaína y pasta base de cocaína

La cocaína es un alcaloide que deriva de las hojas de un arbusto denominado Erythroxylaceae. Sus hojas sufren diversos procesos mediante los cuales se obtienen diferentes derivados: pasta base de cocaína (PBC), pasta lavada, clorhidrato de cocaína, crack y freebase. (3) (11)

La PBC es un producto intermedio en el proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína, al cual generalmente se le agregan adulterantes los cuales pueden ser activos o inactivos y conforman una mezcla o pasta semisólida que presenta porcentajes variables de cocaína. (3)

La cocaína debido a sus formas de consumo produce un efecto estimulante del sistema nervioso central muy rápido, muy intenso y con corta duración lo que genera un gran poder adictivo. (3) (11)

Según la ENH del 2015 la prevalencia de esta droga ilícita es de 1,6% (2) . En cuanto a la prevalencia de consumo materno encontrada en el CHPR en 2011, esta fue de 1,3% por autodeclaración y aumentó a 9,5% cuando se utilizaron para su medición estudios de metabolitos de meconio fetal. (13)

La cocaína es una sustancia liposoluble con capacidad de atravesar libremente la barrera útero-placentaria y hematoencefálica lo que provoca daños directos en el desarrollo neurológico fetal y daños indirectos por trastornos vasculares maternos. (11) (6) Algunos de estos daños ocurren por una disminución del flujo útero placentario y por vasoconstricción producen insuficiencia placentaria, hipertensión arterial materna y vasoconstricción fetal que puede ocasionar hipoxia fetal. (12) Ocurren diversas alteraciones en el neurodesarrollo principalmente a nivel de ciertos receptores, algunas de éstas

son reversibles pero otras pueden determinar déficit de la función ejecutiva, atencional y cognitiva. (12)

Otros daños que se pueden producir por el consumo de sustancias en el embarazo son: parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, rotura prematura de membrana, aborto, óbitos, restricción del crecimiento intrauterino, menor peso, menor talla y menor circunferencia craneal (3) (11) (12) .

En el recién nacido puede aparecer síndrome de abstinencia leve o no típico el cual se caracteriza por manifestaciones clínicas como; alteraciones en el reflejo de succión, irritabilidad, excitabilidad, hipertonia, convulsiones. (3) (12) (6)

Alcohol

El alcohol es la droga lícita con mayor prevalencia de consumo en nuestro país: 71,1% de prevalencia en los últimos 12 meses. (2)

El consumo de alcohol en el embarazo constituye un problema de salud pública, debido a los efectos que esta droga produce a corto, mediano y largo plazo en el binomio madre- hijo, y los costos sociales y económicos que estos implican.

En el estudio realizado por González, Moraes y col. en 2013 se encontró una prevalencia de consumo de alcohol materno por auto-declaración de 23,33%, ascendiendo este a 49,78% cuando se utilizó un marcador biológico para su medición. (13)

La exposición prenatal a esta droga constituye la principal causa prevenible de defectos congénitos no heredables, retraso mental no genético y alteraciones del neurodesarrollo.(13)

Su consumo durante la gestación puede producir una variedad de anomalías en el sistema nervioso central (SNC) del feto resultando en un amplio espectro de impedimentos cognitivos y comportamentales que constituyen los más severos y duraderos en el espectro de alteraciones de alcohol fetal .(14)

En 1973, Jones y Smith, publicaron un patrón característico de alteraciones en los niños al cual denominaron Síndrome de alcohol fetal, reconocido por la sigla FAS en inglés. En 1996, el Instituto de Medicina (IOM) definió los criterios diagnósticos para identificar a los portadores de síndrome de alcohol fetal.(13)

La consecuencia más severa en el desarrollo de la exposición temprana al alcohol es el FAS, el cual se caracteriza por defectos de crecimiento pre y post natales, anomalías craneofaciales e impedimentos persistentes en la función del SNC. El FAS tiene una prevalencia de 1-2 cada 1000 nacidos vivos.(15)

Recién desde la década del noventa comienza a reconocerse que los efectos del alcohol pueden no ser tan profundos y no se producen en un patrón de todo o nada, sino que pueden observarse una serie de alteraciones relacionadas con la ingesta del tóxico durante el embarazo. Se proponen los términos de espectro de alcohol fetal (FAE) o espectro de alteraciones de alcohol fetal (FASD), que describen los efectos sobre la conducta social y las alteraciones del desarrollo neurológico en aquellos niños en los cuales no se observan las alteraciones morfológicas características. Las alteraciones del desarrollo y la conducta que se producen por exposición prenatal a alcohol son 10 veces superiores al síndrome de alcohol fetal, aproximadamente el 1 % de los nacidos vivos.(13)

Tabaco

A pesar de ser ampliamente conocidos los riesgos a la salud que produce el tabaquismo, en la ENH 2015 se encontró que el 64% de los encuestados habían fumado alguna vez en su vida, mientras que para los últimos 12 meses fue de un 33% constituyendo la segunda droga de mayor consumo en nuestro medio.(2)

Se han realizado estudios locales que identificaron por auto-declaración un 35,5% de consumo de tabaco durante el embarazo en usuarias del CHPR(13).

La nicotina atraviesa la placenta y se encuentra en el líquido amniótico y sangre fetal en altas cantidades. Esta y el monóxido de carbono pueden causar alteraciones fetales (16). Lo anteriormente mencionado se asocia a disminución del peso al nacer -por mecanismos epigenéticos y por aumento de la resistencia de las arterias uterinas, dosis dependiente- (17) (18), prematuridad, menor perímetro craneal, riesgo de aborto espontáneo, placenta previa, parto prematuro, mortalidad perinatal, muerte súbita del lactante y síndrome de abstinencia neonatal a la nicotina.(19)

En cuanto al cerebro del neonato, la exposición se asoció estadísticamente a disminución en la materia gris cortical y volúmenes parenquimatosos.(20) La activación de receptores nicotínicos antes de tiempo lleva a alteración de las vías de sinapsis neuronales, apoptosis, alteraciones en la replicación y diferenciación y alteraciones de la plasticidad a largo plazo. Esto puede llevar a alteraciones neuroconductuales ya que modifica el sistema dopaminérgico produciendo alteraciones como por ejemplo la dificultad en el apego y la necesidad de mayor atención para ser calmados. También pueden presentar hipertensión e hiperexcitabilidad, alteraciones de conducta, reducción del coeficiente intelectual en la infancia, agresión, impulsividad, trastorno de déficit atencional e hiperactividad y alteraciones en el aprendizaje. Además se vio que aumenta el riesgo de uso de tabaco y dependencia en la vida posterior. (21) (22) (23)

Los niños cuyas madres fumaron en el embarazo tenían un 50% más de riesgo de desarrollar obesidad comparado con las que no fumaron. (16) (17) (23)(24) Fumar también afecta al sistema cardiovascular a largo plazo, ya que se ha asociado con menor variabilidad de la frecuencia cardíaca in utero, con aumentos de la presión arterial a largo plazo y del colesterol total. (25)(23)(17) Se describen también efectos metabólicos como: intolerancia a la glucosa, insulina, hiperinsulinemia. (26) A nivel pulmonar aumenta el riesgo de asma, sibilancias, hiperreactividad de la vía aérea, función pulmonar y bronquitis. (17)(23)

Los motivos por los cuales las madres continúan consumiendo durante el embarazo son más bien múltiples e interrelacionados que asociados a una causa específica.

Percepción del consumo y factores asociados

Algunos estudios internacionales han intentado evaluar la asociación entre los hábitos de consumo maternos y sus modificaciones, en relación con variables demográficas, socioeconómicas y factores del mismo consumo .

En trabajos sobre el consumo de tabaco, se encontró en análisis crudos, un menor índice de abandono en las mujeres más jóvenes, con estudios de bachiller, que no trabajaban fuera del hogar, en las que habían iniciado el consumo más precozmente y en las que tenían una mayor intensidad de consumo previo al embarazo, mientras que este era mayor en las que tenían un mayor nivel de ingresos. (29)

Se asociaron significativamente con una disminución en el abandono del hábito tabáquico, las mujeres que tenían uno o más hijos, las que fumaban más de un paquete al día , las que eran amas de casa , las que tenían una pareja que fumaba, las que tenían menor educación secundaria, y entre las que tenían una menor percepción de riesgo al feto. (29)(30)(33)

La validez de la encuesta cara a cara para el consumo de tabaco en gestantes en cuanto a proporción de personas es precisa, siéndolo menos en cuanto a la intensidad del consumo; situación contraria para el alcohol donde se reportan frecuencias declaradas menores de consumo que cuando se comparan con análisis del meconio, (31)(32) incluso para nuestro país. (13)

En otros trabajos realizados enfocados en el alcohol, se asoció que quienes habían consumido tabaco durante la gestación, así como quienes habían consumido otras sustancias psicoactivas alguna vez, fueron las que mostraron mayor frecuencia y cantidad de consumo de alcohol antes y durante la gestación.

El patrón de consumo de la pareja en cantidad y frecuencia fue la variable que más se asoció con el patrón de consumo de las mujeres. El mejor predictor del consumo de alcohol y de los cambios en este durante el período gestacional fue el nivel de consumo que la mujer percibió adecuado durante la gestación.(34)

Un grupo de trabajo identificó que dejar de beber era más común entre las mujeres jóvenes y más educadas, mientras que entre las que tenían un mayor consumo de alcohol y cigarrillo se observaba una mayor persistencia de la ingesta de alcohol durante el embarazo. Ajustando por otras variables hallaron que la cantidad de alcohol ingerida previo al embarazo era el único predictor independiente de dejar de beber.(35)

En una revisión al respecto de la marihuana, encontraron en otros trabajos que dos tercios de los encuestados en el Reino Unido, percibían el uso de marihuana como “no muy dañino” o “para nada dañino”, en contraste con otras drogas como la cocaína o heroína donde solo un 5% lo percibió de esta manera. La percepción de seguridad en relación al uso de marihuana, podría contribuir a su prevalencia de consumo durante la gestación, la cual podría verse influenciada en nuestro país por la reciente legalización de su consumo, cultivo y venta. En un estudio de cohortes revisado por este trabajo, el uso de marihuana en mujeres embarazadas declinó de un 32% en el primer trimestre, a un 16% en el tercer trimestre.(36).

Las mujeres que utilizaron cannabis en el embarazo fueron más educadas que las no usuarias, tenían menor número de hijos, mayor nivel educativo, estaban más predispuestas a consumir más alcohol, té y café, y más predispuestas a utilizar otras drogas ilícitas. (37)

En cuanto a la cocaína o pasta base de cocaína, un 1,3% de las embarazadas declararon consumirla en el CHPR en el 2011. Su consumo se asoció a madres de mayor edad respecto a las que no la consumían, el doble de las consumidoras no vivía con el padre de su hijo, y no se observaron diferencias entre los años de estudio.

Todas las consumidoras de pasta base de cocaína estuvieron por debajo de la línea de pobreza.(13). Otro trabajo reportó que estas madres poseían un embarazo con un adecuado control .(38)

Objetivos

General: Identificar modificaciones de hábitos de consumo de marihuana, tabaco, alcohol, cocaína y pasta base de cocaína en púerperas internadas en salas de maternidad del CHPR que deseen participar, en el periodo de julio-septiembre del 2016.

Específicos:

- Determinar la frecuencia de mujeres que declara su consumo en el embarazo.
- Evaluar cómo evoluciona el consumo durante el embarazo.
- Dentro de las mujeres que modificaron su consumo, evidenciar el número puérperas que modificaron su consumo en función de la consejería recibida por parte del personal de salud.
- Describir la proporción de mujeres que planificaron, aceptaron y no aceptaron su embarazo en función del consumo de sustancias.

Metodología:

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo observacional de corte transversal.

La población de estudio fueron mujeres puérperas internadas en salas de maternidad y los recién nacidos productos de su embarazo en el CHPR que previamente confirmaron su participación. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo por conveniencia de las mujeres que se encontraban ingresadas en el período julio-setiembre del 2016. Al final del estudio se recolectaron 98 encuestas. De ellas, 19 mujeres no contestaron las preguntas al respecto del nivel socioeconómico. El resto de los datos de las encuestas fueron analizados.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: ser mujer puérpera en estado de salud ingresada en la maternidad descrita y el recién nacido producto de su gestación y aceptar ser parte de la investigación mediante el consentimiento informado.

Se tomaron como criterios de exclusión no haber proporcionado el consentimiento informado, madres con diagnóstico previo de retraso mental severo, recién nacido menor de 35 semanas, recién nacido con malformaciones mayores y asfícticos severos.

Para la recolección de datos se realizaron encuestas precodificadas a puérperas ingresadas en salas de maternidad con sus recién nacidos. Las mismas se efectuaron en las salas en que estaban internadas las pacientes para evitar molestias de traslado. Las preguntas se reprodujeron verbalmente por las estudiantes del grupo 22 que están realizando el proyecto.

Los formularios se realizaron previo al inicio del estudio luego de definir los objetivos y la metodología. Los mismos se llevaron a cabo bajo los principios de buen diseño metodológico: 1) claridad de diseño: fácil de leer, el ingreso de los datos debe ser práctico, el tamaño de la letra debe ser el adecuado para facilitar la lectura, los campos de las respuestas deben estar alineados, las preguntas deben ser numeradas para obtener una fácil referencia, la secuencia debe ser lógica, y deben estar agrupadas por los diferentes temas abordados. 2) no deben ser ambiguas. Las instrucciones tienen que ser claras y concisas para que los entrevistadores las entiendan tanto en los formularios como en el manual de operaciones, se requiere una respuesta para cada uno de los ítems excepto cuando la opción permite más de una respuesta. Estas respuestas deben

estar claramente definidas y ser excluyentes. 3) identificables: se utilizó un código de proyecto que no identifica a la persona .

Se recabaron datos del carné obstétrico (peso al nacer, APGAR, número de controles prenatales) para caracterizar la muestra, no relevando datos identificatorios.

Para garantizar los aspectos éticos, el protocolo de investigación, la encuesta y el consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

Los datos se operacionalizaron para preservar la identidad de las encuestadas. Dichos datos son anónimos, confidenciales y sólo se utilizaron para esta investigación.

A la encuestada se le brindó un código de identificación por escrito de su encuesta para que en el caso que deseara retirarse de la investigación pudiera hacerlo vía telefónica. Hasta el momento no se recibió ninguna solicitud de eliminación de datos.

La totalidad del proyecto será evaluada por un comité de metodología con el fin de evaluar su validez científica.

Definición operacional de las variables de interés:

- Datos demográficos: se utilizaron para caracterizar a la muestra de estudio. Se evaluaron mediante las preguntas 4 a 8 de la encuesta. Los mismos son: edad, estado civil, vive o no con el padre del hijo, años de estudios culminados, jefe de familia, años de estudio culminados por el jefe de familia. La variable edad se analizó por rangos, tomando como adolescentes a las menores de 20 años. Escolarización: cantidad de años de estudios cursados y culminados por la encuestada. Se analizaron mediante rangos: de 0 a 6 años, de 7 a 9 y más de 10. Se tomó como nivel educativo bajo tener entre 0 y 6 años, medio tener entre 7 y 9, y alto, tener más de 10. Se evaluó mediante la pregunta 14.
- Variables socioeconómicas: Trabajo remunerado de la encuestada , ingresos percibidos por el núcleo familiar en función del número de personas que lo componen, ocupación del jefe de familia y asistencia por el estado. Los ingresos percibidos por el núcleo familiar fueron clasificados por encima o por debajo de la línea de pobreza utilizando la estimación de la pobreza por método del ingreso del Instituto Nacional de Estadística del 2015. Se evaluó mediante las preguntas 15 a 17.
- Percepción de jefe de familia: percepción de la embarazada de la existencia de una persona encargada de tomar las decisiones importantes del hogar. Se evaluó mediante las preguntas 18 a 19b.

- Asistencia por parte de programas de ayuda: asistencia económicas brindada a la encuestada o integrantes de su núcleo familiar por parte de programas del Estado. Se evaluó mediante la pregunta 19c.
- Embarazo actual: planificación, consumo de drogas, modificación en el consumo a causa de la gestación. Se evaluó mediante las preguntas 20 a 62.
- Tabaquista o fumadora: haber consumido al menos un cigarrillo de tabaco. Se evaluó mediante las preguntas 22 a 52.
- Datos obstétricos y del recién nacido: datos asociados a la gestación actual, sus controles y gestas previas. Datos antropométricos, Apgar y examen físico. Se evaluó mediante las preguntas 63 a la 95.

El almacenamiento de artículos se efectuó mediante Software Mendeley versión 1.16.1.

Para el plan de análisis se creó una base de datos en Microsoft Excel. Las hojas de cálculo fueron desarrolladas de acuerdo a los cuestionarios usados durante la recolección de los datos.

Los resultados se presentaron en frecuencias absolutas y porcentajes.

Se construyeron tablas con los resultados obtenidos .

Se investigó la modificación de los hábitos de consumo mediante las mujeres que habían dejado al enterarse que estaban embarazadas y las que disminuyeron su consumo. Dentro de estas últimas, se calculó el porcentaje de reducción de cigarrillos diarios calculado como: el número de cigarrillos/día que fumaba antes del embarazo menos el número de cigarrillos por día que fumó durante el embarazo dividido el número de cigarrillos que fumó durante el embarazo multiplicado por cien.

Recursos necesarios

Los recursos humanos fueron los 5 integrantes del grupo que se repartieron las tareas de realización de encuestas, estudio de bibliografía y análisis de datos. Orientadores que colaboraron en la realización del estudio.

No se encontraron conflictos de interés.

El presupuesto fue financiado por los propios estudiantes.

Resultados

Se realizaron 98 entrevistas a púerperas, analizando posteriormente la totalidad de los datos, ya que no se perdieron pacientes en el estudio.

Descripción de la muestra

En la *Tabla 1* se describen los principales aspectos demográficos y socioeconómicos de las púerperas encuestadas.

Tabla 1 Caracterización de la población de estudio

Características demográficas		N	FR
<i>Raza</i>	Blanca	46	46,94%
	Otra	52	53,06%
<i>Edad</i>	Menores de 20	24	24,49%
	Mayores de 20	74	75,51%
<i>Estado civil</i>	Casada/Concubina	64	65,31%
	Soltera	34	34,69%
<i>Vive con el padre del hijo</i>	Si	67	68,37%
	No	31	31,63%
<i>Años de estudios culminados</i>	0-6	34	34,69%
	7-9	49	50,00%
	Más de 10	15	15,31%
<i>Jefe de familia</i>	Masculino	41	41,84%
	Femenino	57	58,16%
<i>Años de estudios culminados por el jefe de familia</i>	0-6	52	53,06%
	7-9	33	33,67%
	Más de 10	13	13,27%
Características socio-económicas			
<i>Trabaja fuera de la casa</i>	Si	27	27,55%
	No	71	72,45%
<i>Ingresos del núcleo familiar</i>	Por debajo de la línea de pobreza	72	73,47%
	Por encima de la línea de pobreza	7	7,14%
	Se desconoce	19	19,39%
<i>Ocupación del jefe de familia</i>	Desempleado	31	31,63%
	Changas	41	41,84%
	Empleado	26	26,53%

<i>Asistencia por el estado</i>	Si	84	85,71%
	No	14	14,29%

Consumo de sustancias durante el embarazo

De total de la muestra, un 19,39% declaró haber fumado durante el embarazo, un 10,2% dijo haber consumido alcohol, un 4,08% marihuana y un 3,06% cocaína y/o sus derivados.

No se registró ninguna puérpera que consumiera las 5 drogas y 7 consumieron más de una droga.

Consumo y variables socioeconómicas y demográficas

En la *Tabla 2* se describe el consumo en función de diferentes variables: edad, estado civil, escolarización, trabajo de la puérpera fuera de la casa durante el embarazo y nivel de ingresos percibidos por el núcleo familiar.

Tabla 2 Descripción del consumo en función de variables socio-demográficas y económicas

Tabla 2	Tabaquismo	<i>Fumaba antes</i>	<i>Fumadoras actuales</i>	<i>Fumó igual</i>	<i>Dejó al enterarse</i>	<i>Fumo menos</i>
		N	N	N	N	N
<i>Edad</i>	Menores de 20	4	0	0	3	0
	Mayores de 20	21	19	5	12	14
<i>Estado civil</i>	Casada/Concubina	17	13	3	10	10
	Soltera	8	6	2	5	4
<i>Años de estudios culminados</i>	0-6	7	10	2	4	8
	7-9	14	7	3	10	4
	Más de 10	4	2	0	1	2
<i>Trabaja fuera de la casa</i>	Si	5	19	1	4	5
	No	20	13	4	11	9
<i>Ingresos del núcleo familiar</i>	Por debajo de la línea de pobreza	17	14	3	12	11
	Por encima de la línea de pobreza	2	2	2	0	0

-Fumaba antes: abandonó en consumo de tabaco previo al embarazo.

-Fumo igual: consumió la misma cantidad y con la misma frecuencia antes y después de enterarse del embarazo.

-Dejó al enterarse: ceso el tabaquismo cuando tuvo conocimiento del embarazo.

-Fumo menos: consumió menos tabaco desde que tuvo conocimiento del embarazo en relación a lo que consumía previo a esta situación.

		Alcohol		Marihuana		Cocaína/PBC	
		<i>Durante el embarazo</i>	<i>Antes</i>	<i>Antes</i>	<i>Durante el embarazo</i>	<i>Antes</i>	<i>Durante el embarazo</i>
		N	N	N	N	N	N
<i>Edad</i>	Menores de 20	2	15	4	1	2	1
	Mayores de 20	8	51	23	3	7	2
<i>Estado civil</i>	Casada/Concubina	4	43	19	2	5	1
	Soltera	6	23	8	2	4	2
<i>Años de estudios culminados</i>	0 a 6	3	17	11	4	5	2
	7 a 9	5	37	11	0	3	1
	Mas de 10	2	12	6	0	1	0
<i>Trabajó fuera de la casa</i>	Si	0	14	7	0	2	1
	No	10	52	20	4	7	2
<i>Ingresos del Núcleo familiar</i>	Por debajo de la línea de pobreza	6	16	18	2	4	no contestaron
	Por encima de la línea de pobreza	2	6	4	0	2	no contestaron

Edad y consumo

Se encontró que de 98 mujeres encuestadas, 24 eran menores de 20 años y 74 eran mayores.

Dentro de las menores de 20 años, tres declararon haber fumado hasta enterarse que estaban embarazadas. No se registraron puérperas que continuaron fumando durante el embarazo en este grupo etario.

Con respecto a la cocaína y/o pasta base de las que declararon consumir solo una lo hizo durante el embarazo.

En cuanto al consumo de alcohol y marihuana; un 16,6% declaró haber consumido marihuana previo al embarazo, de las cuales un 25% la consumió durante la gestación. El 62,5% declararon consumir alcohol previo al embarazo, de las cuales el 13,3% continuó el consumo durante el embarazo.

En cuanto a las mayores de 20 años, 19,38% declararon fumar al momento de la encuesta, de las cuales 73,68% disminuyó el consumo ,y el 26,3% restante no modificó el consumo.

En cuanto al consumo de alcohol 68,9% declaró haber consumido alguna bebida alcohólica previo al embarazo y 10,2% durante el mismo. El 31,08% consumió marihuana previo al embarazo y un 4,05% durante. En cuanto a la cocaína y/o pasta base de cocaína, 9,45% la habían consumido antes de la gestación, y un 2,7% de las mujeres continuo el consumo.

Escolarización y consumo

La mayoría de las mujeres encuestadas tenían un nivel de instrucción escolar medio que en nuestro estudio corresponde haber culminado entre 7 y 9 años de estudio (lo cual implica que habrían terminado primaria pero no finalizaron estudios secundarios). Dentro de esta categoría se encontró la mayor proporción de mujeres que abandonaron el consumo de tabaco al enterarse que estaban embarazadas.

En las mujeres que tenían un nivel de instrucción bajo se encontró la mayor cantidad de tabaquistas actuales.

La mayor frecuencia de consumo de alcohol se encontró en el grupo de mujeres con un nivel de instrucción alto, con una frecuencia de 13,3%.

En cuanto al consumo de marihuana, las únicas mujeres que la habían consumido se hallaban entre las que tenían nivel de instrucción bajo. La mayoría de las mujeres que habían consumido cocaína o pasta base de cocaína durante el embarazo también se encontraron en este grupo.

Nivel socioeconómico

En cuanto al nivel socioeconómico, encontramos que la mayoría de las encuestadas estaban por debajo de la línea de pobreza y eran casadas o concubinas.

De este último grupo se observó que 26,5% fumó previo al embarazo, 15,63% dejó de fumar al enterarse y 20,31% fumó durante. De las cuales 23,08% fumo igual y 76,92% fumo menos.

Del consumo de otras drogas 67,19% consumieron alcohol antes del embarazo y 6,25% lo hizo durante. El 29,69% consumió marihuana antes del embarazo y 3,13% durante. Del consumo de cocaína se vio que 7,81% consumió antes del embarazo y 1,59% lo hizo durante.

Con respecto a la mujeres solteras, 23,53% fumaba antes del embarazo, 14,71% dejó al saber y 17,61% fumó durante. De estas 33,33% fumo igual y 66,3% fumo menos.

El 67,65% consumió alcohol antes del embarazo y el 17,5% consumió durante el mismo. El 23,53% fumó marihuana antes y 5,88% lo hizo durante. El 11,76% consumió cocaína antes y 5,88% durante.

El 27,5% de las encuestadas trabajó fuera de la casa durante el embarazo, de las cuales fumó un 70,37%. Ninguna tomo alcohol o fumo marihuana y solo una consumió cocaína o pasta base de cocaína.

Modificación del hábito de consumo y antecedentes obstétricos

En la tabla 3 se describen las frecuencias y la evolución del hábito de consumo de tabaco, alcohol, marihuana y cocaína y sus derivados.

Tabla 3	Consejería		Gestas			Controles		Perinatales	
	<i>Recibió consejería</i>		<i>Primigesta</i>	<i>1-3 gestas</i>	<i>Más de 3</i>	<i>Sin control</i>	<i>Mal controlado</i>		<i>Bien controlado</i>
Fumo									
<i>Previo conocimiento</i>	25	*	4	15	6	1	1		23

<i>Hasta enterarse</i>		15		4	8	2	0	1	13
<i>Actuales</i>		19	2	1	13	4	0	8	10
	Fumo menos	14	*	*	*	*	*	*	*
	Fumo igual	5	*	*	*	*	*	*	*
<i>Alcohol</i>									
<i>Antes embarazo</i>		66	*	21	34	11	0	8	56
<i>En el embarazo</i>		10	*	2	5	3	0	2	8
	Vino	9	*	*	*	*	*	*	*
	Cerveza	8	*	*	*	*	*	*	*
	Otros	3	*	*	*	*	*	*	*
<i>Drogas en embarazo</i>									
	Tabaco en embarazo	19	2	1	13	4	0	8	10
	Marihuana antes	27	*	6	19	2	1	5	20
	Marihuana en embarazo	4	*	0	4	0	0	1	3
	Cocaína/PBC antes	9	*	1	8	0	0	1	8
	Cocaína/PBC en embarazo	3	*	0	3	0	0	1	2

(*)*No corresponde*

-Recibió consejería: El personal de salud le brindó consejo e información sobre el abandono del consumo de tabaco.

De las mujeres que declararon consumir alcohol antes del embarazo, el 84,8% de las mujeres no lo hicieron durante el embarazo. En cuanto a la marihuana el 85,19% de las que la consumían previamente, no lo hicieron durante el embarazo y para la cocaína y pasta base de cocaína el 66,66% de las que lo hacían previamente cesaron durante la gestación.

Con respecto al consumo de tabaco, el 60,2% de las puérperas declaró haber fumado por lo menos alguna vez en su vida. De estas, el 42,37% cesó el consumo previo al conocimiento del embarazo, el 25,43% abandonó el mismo al enterarse que estaba embarazada y el 32,2% restante continuó fumando la misma cantidad. De las que continuaron el consumo, el 78,95% manifestó haber disminuido el mismo, mientras que el 21% restante no realizó cambios.

De las puérperas que abandonaron el consumo al enterarse que estaban embarazadas la mayoría, un 61,54%, tenían registrada en su historia perinatal tener entre 1 y 3 gestas, un 26,7% eran primigestas y el 13,3% eran multíparas. En cuanto a los controles del embarazo, tomándose como embarazo bien controlado al que tenía 5 o más visitas prenatales, un 86,6% tenían un embarazo bien controlado, un 6% no presentaba controles, y del resto no se habían registrado los datos. No se registraron embarazos mal controlados.

De las que fumaron durante el embarazo, la mayoría tenían entre 1 y 3 gestas (68,42%), un 21,05% eran multíparas y solo una paciente era primigesta. Más de la mitad tenían un embarazo bien controlado (52,63%) y un 42,1% mal controlado. No se cuentan con los datos de una puérpera.

Un 67,35% de las mujeres declaró haber consumido alcohol en algún momento de su vida previo al embarazo, mientras que un 15,15% lo hizo durante el mismo. La bebida más consumida fue el vino, seguido por la cerveza. Todas las puérperas que consumieron lo hicieron con más de un tipo de bebida alcohólica.

De las mujeres que manifestaron consumir antes del embarazo más de la mitad, 51,51% habían tenido entre 1 y 3 gestas previas, un 32,82% eran primíparas y un 4,55% multíparas.

En cuanto a las consumidoras durante el embarazo, el 50% tenían entre 1 y 3 gestas, un 30% eran multíparas y un 20% eran primigestas. El 80 % tuvo un embarazo bien controlado y un 20% tuvo un mal control.

En cuanto a la marihuana se reportó un 27,55% de consumo previo al embarazo y un 4,08% durante.

De las puérperas que declararon haber consumido antes del embarazo, un 70,37% tenían entre 1 y 3 gestas, un 22,2% eran primigestas y un 7,4% eran multíparas. El 74,07% tuvieron un embarazo bien controlado, un 18,51% con mal control y un 3,7% sin control.

En cuanto a las que consumieron durante el embarazo, todas tenían entre 1 y 3 gestas. En cuanto al control del embarazo, el 75% tuvo un buen control y el 25% restante un mal control.

En cuanto a las consumidoras de cocaína/pasta base previo al embarazo, las cuales representaban el 9,18 % del total de puérperas, un 88,89% tenían entre una y tres gestas y el resto eran multíparas. La mayoría, un 88,39% tuvo un buen control del embarazo, el 1% restante no se controló el embarazo.

De las consumidoras durante el embarazo, todas tenían entre 1 y 3 gestas previas, el 66,66% tuvo un embarazo bien controlado y el 33,4% mal controlado.

Resultados perinatales y consumo (tabla 4)

Tabla 4		Peso al nacer			APGAR	
		PEG	AEG	GEG	Vigoroso	No vigoroso
Tabaquismo	<i>No fumadora</i>	9	62	4	73	0
	<i>Fumo menos</i>	2	12	0	13	1
	<i>Fumo igual</i>	0	5	0	5	0

Alcohol	<i>Si</i>	3	6	0	9	0
	<i>No</i>	8	51	4	60	1
Otras drogas						
	<i>Marihuana</i>	1	2	0	3	0
	<i>Cocaína/PBC</i>	1	1	0	3	0

**PEG: pequeño para la edad gestacional*

**AEG: adecuado para la edad gestacional*

**GEG: gigante para la edad gestacional*

Los recién nacidos (RN) de madres que no fumaron durante el embarazo fueron en su mayoría de peso adecuado para su edad gestacional (78,5%); un 11,4% fueron pequeños para la edad gestacional y un 5% fueron grandes para edad gestacional. No se registraron los datos del 5,1% restantes.

En cuanto a los RN de madres fumadoras que reportaron haber disminuido el consumo durante el embarazo, el 85,71% fueron AEG. Se encontró un 14,29% de RN PEG. No se registraron GEG. De los RN de madres que no modificaron su hábito, todos fueron adecuados para la edad gestacional.

Los neonatos de madres que consumieron alcohol fueron en su mayoría AEG (66,7%), y el resto fueron PEG. Todos los RN de madres que no reportaron consumir alcohol fueron AEG.

Con respecto a las madres que reportaron consumir marihuana durante el embarazo, el 66,6% fueron AEG y el 33,4% PEG. Se registraron sólo 2 neonatos hijos de madres que utilizaron cocaína y/o sus derivados durante el embarazo, de los cuales 1 fue AEG y el otro PEG.

En cuanto al score de APGAR, todos los RN fueron vigorosos, a excepción de 2, de los cuales 1 era hijo de una madre que fumó durante el embarazo y 1 de madre que reportó no haber utilizado ninguna de las 4 drogas.

Planificación de embarazo y consumo de drogas

Tabla 5		Tabaquismo				OH		Marihuana		Cocaína	
		Fumadoras actuales	Fumo menos	Fumo igual	Dejó al enterarse	Si	No	Si	No	Si	No
Embarazo	Planificado	5	4	1	5	3	33	1	35	1	35
	Aceptado	7	5	2	7	6	32	1	37	1	37
	No aceptado	7	5	3	3	1	23	2	22	1	23

Del total de mujeres encuestadas 36,73% planificó su embarazo. Dentro de las que no lo planificaron, 38,78% lo acepto y 24,49% no lo aceptaron. Estas categorías corresponden a las

mujeres que contestaron no, al enterarme me sentí feliz y no, quede embarazada sin buscarlo, respectivamente.

Con respecto a las puérperas que planificaron el embarazo 13,89% cesó el consumo de tabaco al enterarse, 13,89% continuaron fumando durante el embarazo, de estas 11,11% fumo menos y 2,78% mantuvo el consumo sin cambios.

Para las mujeres que continuaron fumando pero disminuyeron su consumo, se calculó el porcentaje de reducción del número de cigarrillos diarios, el cual fue de 80,51% de cigarrillos día en promedio.

De las que planificaron su embarazo, 3 mujeres consumieron alcohol, 1 marihuana y 1 cocaína durante el mismo.

Las encuestadas que aceptaron su embarazo fueron 38,78 %, de estas 18,42% dejó el consumo de tabaco al enterarse del embarazo, 13,16% fumo menos y 5,26% fumo igual. Con respecto al consumo de otras drogas, 6 consumieron alcohol, 1 marihuana y 1 cocaína.

Las que no aceptaron el embarazo fueron 24,49%, de estas 12,5% dejó el consumo de tabaco al enterarse del embarazo, el mismo porcentaje fumo igual y 20,83% fumo menos. Acerca al consumo de otras drogas, 1 consumió alcohol, 2 marihuana y 1 cocaína.

Discusión:

En el año 2015, nacieron un total de 18.060 niños en Asociación de Servicios de salud del Estado en nuestro país, 41% de ellos en el departamento de Montevideo. De estos últimos, un 45,2% nacieron en la Región Sur de nuestra capital, la cual incluye al Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell, lugar en el que se presentó la mayor frecuencia de nacimientos según el Informe de Gestión y Sistema Informático 2015.(28)

Nuestra muestra estudiada fue pequeña, realizada únicamente en esta institución y no fue representativa de la cantidad de nacimientos producidos anualmente, lo que al hacer estimaciones aumentaría mucho la variabilidad y brindaría estimaciones poco certeras.

Una ventaja del método de recolección de datos, es que la encuesta a puérperas ingresadas en la institución permite que haya transcurrido poco tiempo desde el nacimiento de su hijo, lo cual contribuye que la información de consumo durante el embarazo sea más fidedigna que si la encuesta se hubiera realizado con posterioridad al nacimiento de su hijo.

El total de puérperas encuestadas pertenecían a este centro público. De esta muestra el 75,5% tenían más de 20 años,65,3% eran casadas o vivían en concubinato, el 50% tenía entre 7 y 9

años de estudios culminados , y el 73,47% se encontraban por debajo de la línea de pobreza(según el número de personas que vivían en el hogar). (Tabla 1).

En cuanto a la frecuencia de consumo reportado durante el embarazo, 19,39% de las púerperas declaró haber fumado, un 10,2% consumido alcohol, 4,08% marihuana y 3,06% cocaína y/o sus derivados (tabla 3). Esta relación coincide con la reportada a nivel poblacional por la Encuesta nacional de Hogares 2015 (2) y en trabajos realizados previamente en nuestra población donde las drogas más prevalentes fueron las mismas, si bien las frecuencias reportadas fueron distintas, lo cual podría deberse al tamaño de la muestra y al tipo de muestreo. El mayor consumo total se presenta en mujeres mayores de 20 años, por debajo de la línea de pobreza, con un nivel de instrucción de entre 7 y 9 años, que tenían entre 1 y 3 hijos y que no habían planificado pero si aceptado su embarazo.

En estudios internacionales se vio que las mujeres que continuaban fumando durante la gestación eran las más jóvenes y las que fumaban más cantidad antes del del embarazo (40), y que el índice de abandono disminuye a medida que lo hace la edad (39). En nuestro estudio la mayoría de las mujeres fueron mayores de veinte años, por lo cual esto podría ser el motivo de que esto no se haya evidenciado.

En cuanto al nivel educativo, en las mujeres que tenían un nivel de instrucción bajo fue donde se reportó la mayor frecuencia de tabaquistas actuales. Esto coincide con estudios que han asociado fumar durante el embarazo con un menor nivel educativo. (41) En las que tenían un nivel educativo medio, se encontró la mayor proporción de mujeres que abandonaron el consumo al enterarse que estaban embarazadas. Se ha reportado bibliografía que informa que una gran proporción de madres que dejan de fumar en el embarazo, lo hacen durante el primer trimestre, que suele corresponder a cuando se enteran que están embarazadas . (40)

Existieron más mujeres fumadoras dentro del grupo de mujeres que trabajaron fuera del hogar, y a su vez las que más cesaron el hábito durante el embarazo, no trabajaban. No trabajar fuera del hogar, se ha asociado estadísticamente con una mayor frecuencia de abandono. (39)

En cuanto a las mujeres que modificaron su consumo, 6 mujeres cesaron el consumo de tabaco al enterarse de su embarazo por consejería del personal de salud, y de las 14 que disminuyeron el consumo 2 lo hicieron a causa de que recibieron consejería. Interesaría investigar cuantas mujeres realmente recibieron consejo e información de los efectos nocivos del consumo para su salud y la de su hijo al respecto de todas las drogas.

Dentro de las mujeres que reportaron consumo de alcohol, la proporción de mujeres que lo consumieron durante el embarazo fue mayor en las adolescentes y con un nivel de instrucción alto. Ninguna de las mujeres que trabajaron fuera del hogar consumió alcohol o marihuana. El

mayor cese del consumo se presentó entre las mujeres que vivían con su pareja. En un trabajo realizado en Argentina, evidenciaron que el patrón de consumo de la pareja fue el mejor predictor del patrón de consumo en las mujeres. (34)

En cuanto a la cocaína y pasta base de cocaína la mayoría tenía un nivel de instrucción bajo, y las únicas que consumieron marihuana pertenecían a esta última categoría.

La mayoría de embarazos fue no planificado pero aceptado, en este grupo se encontraron la mayoría de las mujeres que dejaron de fumar al enterarse que estaban embarazadas, así como el mayor consumo de alcohol durante la gestación.

Al respecto de los resultados perinatales, la mayor parte de los niños nacidos fueron adecuados para la edad gestacional, reportándose pequeños para la edad gestacional en las categorías de madres no fumadoras, en las que disminuyeron su consumo de cigarrillos y en las que consumieron alcohol y marihuana.

Interesaría investigar a futuro, la situación en otros centros de salud tanto públicos como privados en el resto del país.

Conclusión:

La alta prevalencia de consumo en nuestra muestra, es un claro ejemplo de que es necesario aumentar las medidas de prevención, intensificando la intervención del personal de salud en los estratos de mayor riesgo, y realizarse en relación a todas las drogas.

La magnitud de la problemática, los efectos tanto a corto como largo plazo en la madre y el niño justifican el esfuerzo que requiere por parte del personal de salud implementar y aumentar medidas de prevención y promoción.

Bibliografía

1. *Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe mundial sobre las drogas. 2015;*
2. *Observatorio Uruguayo de Drogas. 5ª Encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas. 2012;1–84.*
3. *Moraes M, Gonzáles Rabelino G, Sosa Fuertes C, Umpiérrez E. Consumo de alcohol, cocaína y cafeína en el embarazo: efectos sobre el embarazo y el niño. Primera ed. Interdisciplinario UA del E, editor. 2013.*
4. *Tratado de pediatría de Nelson. 16a ed. McGraw Hill; 2004.*
5. *Leppo A. International Journal of Drug Policy “ Subutex is safe ”: Perceptions of risk in using illicit drugs during pregnancy. Int J Drug Policy [Internet]. Elsevier B.V.; 2012;23(5):365–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.01.004>*
6. *Moraes M, Boccarato A, Bazan G, Grunbaum S, Canavessi M del C, Hoppe A, et al. Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación. Arch Pediatr (Barc). 2010;251–7.*
7. *Loredo A, Casas A, Monroy A. La marihuana. Rev la Fac Med la UNAM [Internet]. 2014;57(6):27–37. Available from: http://revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_1/PDF/Marihuana.pdf*
8. *Uruguay. Senado y Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. Ley 19172. Marihuana y sus derivados [Law 19172. Marijuana and its derivatives]. 2013;*
9. *Derauf C, Kekatpure M, Neyzi N, Lester B, Kosofsky B. Neuroimaging of children following prenatal drug exposure. Semin Cell Dev Biol [Internet]. 2009;20(4):441–54. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2704485&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>*

10. Carranza RR. *Los productos de Cannabis sativa: Situación actual y perspectivas en medicina.* (Spanish). *Cannabis sativa Prod Curr status Perspect Med [Internet].* 2012;35(3):247–56. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=78554802&lang=es&site=ehost-live>
11. Cosp MR, Ontano M, Calabrese E. *Uso y abuso de drogas durante el embarazo Illicit drug use and abuse during pregnancy.* *SciELOicsUnaPy [Internet].* 2009;7(2):32–44. Available from: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v7n2/v7n2a06.pdf>
12. González Rabelino G. *Exposición prenatal a pasta base de cocaína y su repercusión neuroconductual.*
13. Moraes Castro M, González Rabelino G, Sosa Fuertes C, Umpiérrez E, Ghione A, González S, et al. *Repercusión en el neurodesarrollo infantil del consumo de alcohol, cocaína y depresión materna: Estudio de cohorte prospectiva.* *Cuad Fund Médica Mauricio Gajer-SEMM.* (19).
14. Guizzetti M, Wilhelm CJ, Guizzetti M. *Fetal Alcohol Spectrum Disorders : Effects and Mechanisms of Ethanol on the Developing Fetal Alcohol Spectrum Disorders : An Overview from the Glia Perspective.* 2016;(May).
15. Deficits AN, Basavarajappa BS, Subbanna S. *brain sciences Epigenetic Mechanisms in Developmental.* 2016;(4).
16. Scott-Goodwin A., Puerto M, Moreno I. *Toxic effects of prenatal exposure to alcohol, tobacco and other drugs.* *Reproductive Toxicology.* 61:120–30.
17. Banderali G, Martelli A, Landi M, Moretti F, Betti F, Radaelli G, et al. *Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review.* *J Transl Med [Internet]. BioMed Central;* 2015;13:327. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4608184&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

18. Suter MA, Anders AM, Aagaard KM. Maternal smoking as a model for environmental epigenetic changes affecting birthweight and fetal programming. *Mol Hum Reprod.* 2013;19(1):1–6.
19. Pichini S, García-Algar Ó. Consumo de tabaco durante la gestación. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2014;143(2):70–1. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775313008403>
20. Rivkin MJ et al. Volumetric MRI Study of Brain in Children With Intrauterine Exposure to Cocaine, Alcohol, Tobacco, and Marijuana. *Off J Am Acad Pediatr.* 137(5).
21. Ekblad M, Korkeila J, Lehtonen L. Smoking during pregnancy affects foetal brain development. *Acta Paediatr.* 2015;104(1):12–8.
22. Minnes S, Lang A, Singer L. Prenatal tobacco, marijuana, stimulant, and opiate exposure: outcomes and practice implications. *Addict Sci Clin Pract* [Internet]. 2011;6(1):57–70. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3188826&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
23. Bruin JE, Gerstein HC, Holloway AC. Long-term consequences of fetal and neonatal nicotine exposure: A critical review. *Toxicol Sci.* 2010;116(2):364–74.
24. Al Mamun A, Lawlor DA, Alati R, O’Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM. Does maternal smoking during pregnancy have a direct effect on future offspring obesity? Evidence from a prospective birth cohort study. *Am J Epidemiol.* 2006;164(4):317–25.
25. Brion MJA, Leary SD, Lawlor DA, Smith GD, Ness AR. Modifiable maternal exposures and offspring blood pressure: A review of epidemiological studies of maternal age, diet, and smoking. *Pediatr Res.* 2008;63(6):593–8.
26. Somm E, Schwitzgebel VM, Vauthay DM, Camm EJ, Chen CY, Giacobino JP, et al. Prenatal nicotine exposure alters early pancreatic islet and adipose tissue development with consequences on the control of body weight and glucose metabolism later in life. *Endocrinology.* 2008;149(12):6289–99.

27. Wigginton B, Lafrance MN. " I think he is immune to all the smoke I gave him " : how women account for the harm of smoking during pregnancy. 2014;16(6):530-546.
28. *Indicadores 2015*. 2015.
29. *Modificación del consumo de tabaco durante el embarazo : incidencia y factores asociados*. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2008;35(6):194-201. doi:10.1016/S0210-573X(08)75103-7.
30. Ockene J, Ma Y, Zapka J, Pbert L, Valentine Goins K, Stoddard A. Spontaneous cessation of smoking and alcohol use among low-income pregnant women. *Am J Prev Med*. 2002;23(3):150-159.
31. Heath AC, Knopik VS, Madden PA, et al. Accuracy of Mothers ' Retrospective Reports of Smoking During Pregnancy: Comparison with Twin Sister Informant Ratings. 2016;6(4):297-301.
32. Manich A, Velasco M, Joya X, et al. Validez del cuestionario de consumo materno de alcohol para detectar la exposición prenatal. 2012;76(6):324-328. doi:10.1016/j.anpedi.2011.09.016.
33. Delgado Peña YP, Rodríguez Martínez G, Samper Villagrasa MP, et al. Características socioculturales, obstétricas y antropométricas de los recién nacidos hijos de madre fumadora. *An Pediatr*. 2012;76(1):4-9. doi:10.1016/j.anpedi.2011.07.002.
34. López MB, Arán V, Cremonte M. Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina : prevalencia y factores de riesgo. 2015;37:211-7.
35. Bolumar F, Rebagliato M, Hernandez-aguado I, Florey C V. Smoking and drinking habits before and during pregnancy in Spanish women. 1994;(July 1993):36-40.
36. Metz TD, Stickrath EH. Marijuana use in pregnancy and lactation: A review of the evidence. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. Elsevier Inc.; 2015;213(6):761-78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.05.025>
37. Fergusson DM, Horwood LJ, Northstone K, Study A. Maternal use of cannabis and pregnancy outcome. 2002;109(January):21-7.
38. Ortigosa Gómez S, López-Vilchez MA, Díaz Ledo F, Castejón Ponce E, Caballero Rabasco A, Carreras Collado R, et al. Consumo de drogas durante la gestación y su repercusión neonatal. *Análisis de los períodos 1982-1988 y 2002-2008*. *Med Clin (Barc)*. 2011;136(10):423-30.
39. Amezcua-Prieto C, Espigares-Rodríguez E, Mozas-Moreno J, Bueno-Cavanillas A, Jiménez-Moleón JJ, Lardelli-Claret P. Modificación del consumo de tabaco durante el embarazo: incidencia y factores asociados. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2008;35(6):194-201.

40. *Martínez-frías ML, Rodríguez-pinilla E, Bermejo E. Consumo de tabaco durante el embarazo en España : análisis por años , comunidades autónomas y características maternas. Med Clin (Barc) [Internet]. Elsevier; 2005;124(3):86–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13070863>*

41. *Doz Mora JF, Gasulla Pascual G, Cárcelos Jurado S, Guerrero Bartolín I, Tintó Padró A, Prat Asensio C, et al. Evolución del hábito tabáquico durante el embarazo y el posparto. Atención Primaria. 2004;34(9):465–71.*

Agradecimientos:

El presente trabajo no podría haberse realizado sin la guía de nuestros orientadores Prof. Adj. Dr. Mario Moraes y del Prof. Dr. Gabriel González, quienes nos aconsejaron y supervisaron.

Gracias al apoyo de la dirección, a las cátedras de Neuropediatría y Neonatología del CHPR quienes nos permitieron realizar el proyecto y al personal de enfermería de maternidad quienes nos facilitaron el trabajo.

A los docentes del ciclo metodología científica por guiarnos en nuestro primer proyecto de investigación.

Finalmente, a nuestras familias y amigos los que nos han apoyado a lo largo de nuestra carrera.