

“

**Recomendaciones para el
cuidado de la
Persona Recién
Nacida afectada
por el consumo
problemático
de sustancias
psicoactivas
durante la gestación**

”





Autoridades nacionales

Presidente de la Nación

Javier Gerardo Milei

Ministro de Salud de la Nación

Mario Iván Lugones

Secretario de Acceso y Equidad en Salud

Alejandro Alberto Vilches

Subsecretario de Relaciones Sectoriales y Articulación

Augusto Lauria

Directora Nacional de Abordaje por Curso de Vida

María de las Mercedes Ibero

Director de Salud Perinatal y Niñez

Esteban Ariel Szathmary

EQUIPO DE REDACCIÓN

Dirección de Salud Perinatal y Niñez:

Área de Neonatología: Patricia Fernández, Marcela Arimany, Ricardo Nieto, Aldana Avila, Ana Quiroga, Carolina Ascuito .

Área de Obstetricia: Silvana Bermudez, María Julia Cuetos, Carolina Nigri, Valeria Peralta, Josefina Pino, Ingrid Seoane

Área de Nutrición: Lic. Gabriela Figueroa, Mg. Guadalupe Mangialavori, Mg. Heloísa Helena da C. F. Silva, Mg. Mariela Tenisi, Lic. Marcela Perez y Mg. Paula Granda

Área de Niñez: Cristina Cipolla, Gabriela Codarini, Liliana Sapoznicoff.

Dirección Nacional de Abordaje Integral en Salud Mental y Consumos Problemáticos

Programa para el Fortalecimiento de la Red Asistencial en la atención Integral de los Consumos Problemáticos: Analía Bachor, Ingrid Metsch.

Coordinación de Salud Ambiental. Programa Nacional de Prevención y Control de las Intoxicaciones: Adriana I. Haas y Susana García.

Red Argentina de Toxicología: Dra. Silvia Cortese y Dra. Marina Risso.

Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas. Centro Nacional de Intoxicaciones: Vanina Greco, Jesica Natalia Taiman. Laboratorio de Monitoreo de Drogas: Ignacio Gallo.

Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan Cecilia Rubio, Servicio de Neonatología.

Diseño y diagramación

Carolina Berdiñas

Noviembre 2024

»» Contenido

		4 Listado de abreviaturas	
5 Introducción: ¿por qué abordar este problema?	8 Objetivos	9 Epidemiología	
	10 Marco conceptual	12 Nociones generales acerca del efecto teratogénico de las drogas sobre el desarrollo embrio-fetal.	
16 Estrategias de prevención.	19 Efectos específicos de cada sustancia sobre el binomio gestante-feto.		
37 Relación entre el SMSIL y el consumo de tabaco u otras sustancias.		26 Evaluación de la lactancia materna en mujeres consumidoras de sustancias.	
		45 Conclusiones	
	46 Anexo 1	48 Anexo 2	
56 Bibliografía		59 Banco de recursos	



Listado de abreviaturas

- BZD**Benzodiacepinas
- DA**Dopamina
- DCRA**.....Defectos congénitos relacionados con el alcohol
- DPPNI**Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- LH**Leche humana
- LSD**Dietilamida de ácido lisérgico
- MDMA**.....3,4 Metilendioximetanfetamina, conocida como éxtasis.
- PCP**Fenciclidina conocida también como polvo de ángel.
- RCIU**.....Retardo del crecimiento intrauterino.
- RN**Recién nacido
- RNMBP**.....Recién nacido de muy bajo peso
- RNPT**Recién nacido pretérmino
- SAF**Síndrome Alcohólico Fetal
- SAFP**Síndrome Alcohólico Fetal Parcial
- SAN**Síndrome de abstinencia neonatal.
- SCR**.....Sistema Cerebral de Recompensa
- SMSIL**.....Síndrome de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante
- SNC**.....Sistema Nervioso Central
- TDAH**.....Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
- TEAF**.....Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal
- THC**.....Delta-9-tetrahidrocannabinol
- TNRA**.....Trastorno del neurodesarrollo relacionado con el alcohol
- VIH**.....Virus de inmunodeficiencia humana

**“ Introducción:
¿por qué
abordar este
problema? ”**



La presente recomendación es un resumen y actualización del documento *Recomendaciones para la prevención del consumo perinatal de sustancias psicoactivas y para la contención y cuidado de las personas afectadas* ⁽¹⁾, elaborado en 2022.

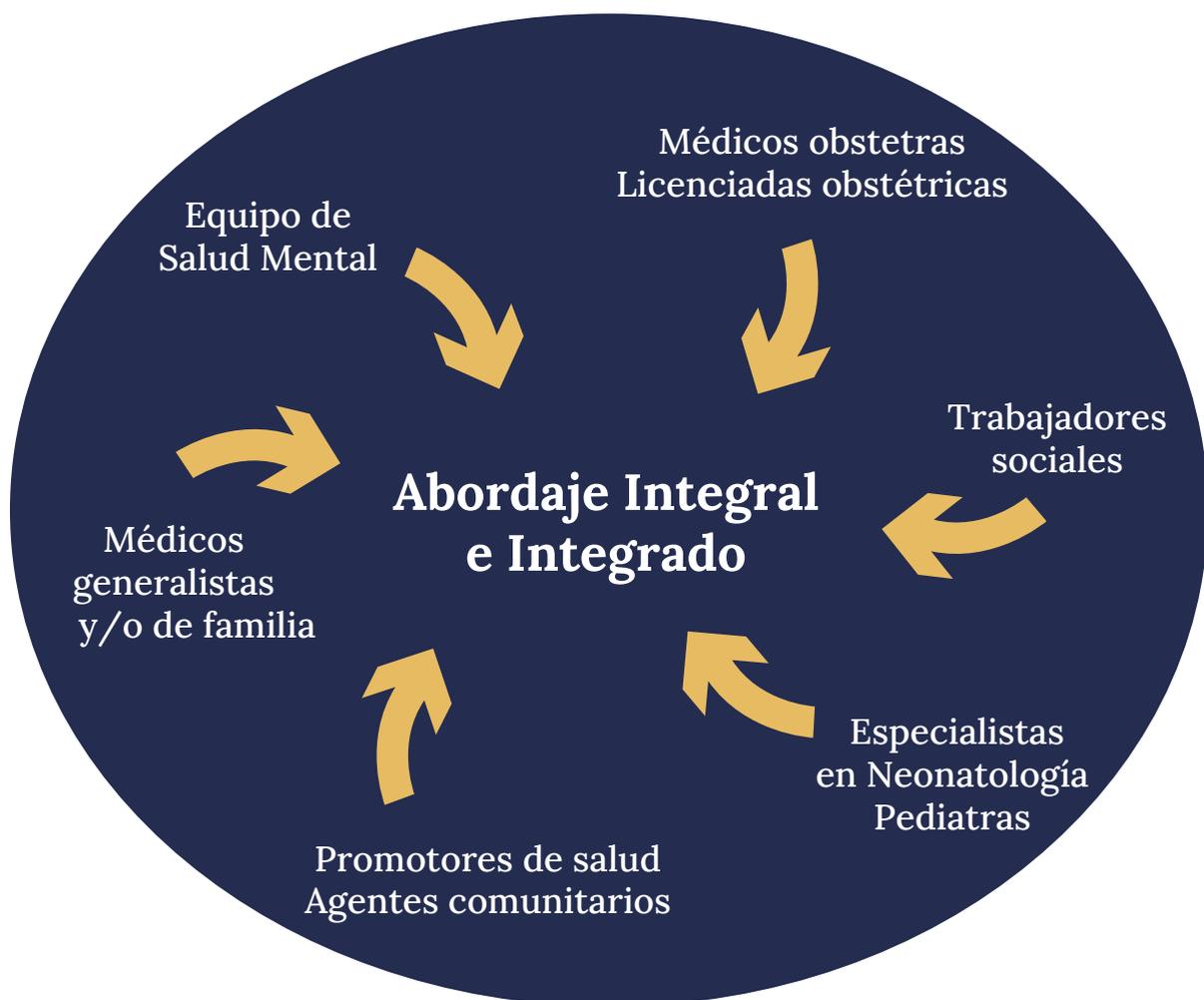
Esta guía abreviada, está dirigida al equipo perinatal que cuida del binomio afectado por el consumo problemático de sustancias, pero enfocándonos en el recién nacido, por este motivo, nos extendemos más en los cuidados relacionados con los síntomas y el tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal y la toma de decisiones relacionadas con la lactancia.

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/Recomend.consumos%20problematicos_perinatales.pdf

De todas formas ambos documentos son complementarios y comparten el enfoque de derechos y la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas etapas del curso de vida, con especial referencia al momento de la gestación y al cuidado de la persona recién nacida.

Destinatarios: equipos de salud mental, pediatras, especialistas en neonatología, generalistas, médicas y médicos de familia, obstetras y licenciadas y licenciados en obstetricia, enfermeras y enfermeros, trabajadoras y trabajadores sociales, promotoras y promotores de salud, nutricionistas e integrantes del equipo perinatal.

Conformación del equipo multidisciplinario



El embarazo puede ser, para la persona gestante y su familia, una oportunidad de cambiar sus hábitos de consumo problemático de sustancias psicoactivas. Este momento de la vida –como muchos otros– puede ser oportuno para problematizar los cuidados teniendo en consideración que se trata de un estado temporal, que puede o no ser deseado. Es una etapa en la cual se resignifican las figuras parentales –especialmente con la madre–, se visibilizan los vínculos familiares (o la ausencia de ellos) y es un momento de crisis/transformación, en el cual es posible el cambio positivo como el riesgo de perpetuarse en conductas repetitivas, sin salida.

Del mismo modo, asumir las tareas de crianza es también un hecho importante en la vida de quienes están a su lado. Esta crisis/transformación puede ser la mejor oportunidad para el inicio de tratamientos en relación con el abandono de las prácticas de consumo problemático. La presencia de la pareja, la familia o de una red comunitaria significativa es un factor de protección relevante y debe tenerse presente para un abordaje integral de la persona.

No obstante, el embarazo y nacimiento de una hija o un hijo es también un evento de riesgo para la presentación o recaída de padecimientos mentales. Los cuadros depresivos previos y la depresión posparto se presentan en el 10-20% de los casos y, de no mediar tratamiento, pueden durar varios meses convirtiéndose, en ocasiones, en un trastorno depresivo crónico. El equipo de salud incluida el área de salud mental debe estar muy atento a la presentación de estos cuadros, sobre todo en el puerperio.

Resulta de suma importancia incluir la perspectiva de género. La identidad de género de quien atraviesa una situación de consumo problemático es relevante, ya que condiciona qué se consume, cuándo, cómo y con quiénes se consume, así como las posibilidades que tiene esta persona de acceder a un tratamiento en caso de necesitar ayuda. En las mujeres los consumos suelen ser sancionados en mayor medida o más duramente que en los varones, precisamente por el peso de los

estereotipos de género y valores asociados a las representaciones de “mujer decente” y de “buena madre.”

Es por eso que la perspectiva de género y diversidad nos aporta herramientas para ampliar y profundizar las tareas de prevención y abordaje, puesto que nos entrena y advierte sobre desigualdades, violencias y discriminaciones que suelen permanecer invisibilizadas si no se trabaja sobre ellas.

Por lo tanto, los equipos de salud requieren de capacitación, contención y construcción de redes para el abordaje de la complejidad física, mental y social del problema, a fin de cuidar y acompañar a estas personas y sus familias durante el embarazo, parto, postparto y crianza, sin asumir una postura punitiva y arbitraria que puede determinar una atención inadecuada.

Objetivos

- Describir el efecto del consumo problemático de sustancias en el embarazo y la lactancia sobre la persona recién nacida.
- Compartir experiencias de buenas prácticas.
- Establecer pautas de diagnóstico y tratamiento del recién nacido con síndrome de abstinencia neonatal y trastornos del espectro alcohólico fetal.
- Establecer pautas de cuidado y reducción de riesgo en la lactancia.



Epidemiología

Según datos del Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de 12 a 65 años promovido por la Dirección Nacional del Observatorio Argentino de Drogas de la Sedronar⁽²⁾ (cuyo principal objetivo es obtener información sobre la magnitud del consumo y abuso de sustancias psicoactivas en el país), el consumo de alcohol y tabaco presenta las prevalencias más altas, seguida por el consumo de marihuana. El consumo reciente de alguna droga ilícita pasó del 3,6% en el año 2010 a 8,3 % en el 2017. Para todas las drogas ilícitas, los varones presentan tasas de consumo superiores a las de las mujeres. Este estudio presenta como limitación el hecho de que no describe grupos específicos, como las personas gestantes. El sistema informático SIP (2022), muestra una prevalencia de 5,1 a 8,5 para tabaco, de 0,5 a 1,2 % para alcohol y de 0,7 a 1 % para otras sustancias, la variabilidad depende del trimestre de gestación analizado, esta prevalencia es baja comparada con dos encuestas realizadas en la ciudad de Buenos Aires, en 2016 y en 2018 que mostraron que la prevalencia de consumo de alcohol en personas gestantes fue de 35,4 % y 38,8 % respectivamente.⁽³⁾

En otro estudio en el que se asoció a la encuesta la pesquisa de sustancias en orina, se observó una prevalencia de consumo de alcohol del 46,32%, seguido por el tabaco con el 12,12%, la marihuana con el 5,62% y la cocaína con el 4,76%.

“ Marco conceptual ”

¿Qué se entiende por consumo problemático de sustancias psicoactivas?

¿Qué se entiende por consumo problemático de sustancias psicoactivas?

Definimos como **consumos problemáticos** a aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia psicoactiva alguna– afectan negativamente la salud física o psíquica del sujeto o las relaciones sociales.

Es importante diferenciar las diferentes formas de relacionarse con las sustancias psicoactivas, y definir el concepto de abuso, dependencia y percepción del riesgo porque del correcto análisis de esta interacción del individuo dependerá el tipo de abordaje al problema y los resultados.

Cabe destacar que cualquier tipo de consumo de sustancias psicoactivas sin indicación médica durante la gestación y la lactancia siempre es problemático.

Desde la perspectiva de la reducción del daño, existen tres situaciones en las que, como agentes de salud, debemos desaconsejar totalmente el consumo de sustancias psicoactivas debido a el daño que producen:

- en niños y adolescentes,
- en personas que manejan maquinarias o vehículos, y
- durante la gestación.

Abuso

Se considera **abuso** cualquier consumo de sustancias psicoactivas que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el desempeño social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general, produciéndose un amplio abanico de posibilidades, con diferentes grados de gravedad.

Las *Personas con consumo problemático (o abuso de sustancias psicoactivas)* son aquellas que pueden tener **conciencia de enfermedad**, ya sea con consumo excesivo, persistente, esporádico o recurrente, de una o más sustancias psicoactivas, que registren

problemas sociales, laborales, psicológicos o físicos, y que pueden pedir la atención profesional especializada, expresamente y sin intermediarios. Sin embargo, suelen **necesitar la referencia familiar, social (amigos) o institucional como apoyo –red– durante el proceso de tratamiento.**

Dependencia

La *dependencia* implica **la necesidad de consumir dosis repetidas de drogas como apoyo, para funcionar o para sobrevivir.** Puede ser física, psíquica o una combinación de ambas.

El estado de *dependencia* se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva, a pesar de las consecuencias adversas.

Existen diferencias específicas en cuanto a los síntomas de dependencia característicos de cada sustancia que, además, se conjugan en cada caso con las condiciones clínicas, psicológicas y familiares.

Las personas con dependencia, pueden presentar episodios de exposición reiterada a sustancias psicoactivas con consecuentes estados de toxicidad que deterioran su salud. En general, la dependencia se asocia con comportamientos que ponen en peligro al propio sujeto como a su grupo conviviente. Suele tratarse de personas que fueron perdiendo su posibilidad de establecer vínculos familiares, laborales, sociales y, finalmente, sus posibilidades de hacerse cargo del propio cuidado.

Percepción de riesgo

La *percepción de riesgo* es una medida subjetiva del daño por parte de la persona que consume determinada droga. La mayor o menor percepción de riesgo se comportará como factor de protección o de riesgo, según el caso. Tanto el consumo frecuente de alcohol como el de tabaco fueron considerados de gran riesgo, para más del 80 %, de las personas gestantes. En cambio, el consumo experimental y ocasional de marihuana fue la que tuvo una percepción de riesgo más baja.

**“ Nociones
generales acerca
del efecto
teratogénico de
las drogas sobre
el desarrollo
embrio-fetal. ”**



Se define teratogenia o dismorfogénesis como una alteración funcional, bioquímica o morfológica que se detecta durante la gestación, nacimiento o posteriormente, y que es inducida durante el embarazo. El agente teratógeno es toda sustancia química, agente físico, agente infeccioso o estado carencial que es capaz de producir una alteración morfológica o funcional en el periodo postnatal y que actúa durante el periodo embrionario o fetal.

Establecer una relación causal entre una droga de abuso con efectos adversos en el

desarrollo embrio-fetal es una tarea difícil debido los principios de la teratología, por un lado, y a la imposibilidad de “aislar” el efecto de la sustancia de abuso respecto de otros factores ambientales concurrentes (y con potencial teratogénico) que coinciden en el cuerpo de una persona gestante.

Puede ampliar este tema en:

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/Recomend.consumos%20problematicos_perinatales.pdf

Tabla 4: Complicaciones asociadas al consumo de drogas durante la gestación.

<p>Complicaciones maternas</p>	<p>Repercusión por consumo crónico: depresión, cambios severos del humor, malnutrición, violencia familiar, Infecciones de transmisión sexual.</p> <p>Según la vía utilizada (flebitis, celulitis, infección por VIH, hepatitis a virus B y C, enfermedades respiratorias, entre otras).</p> <p>Cuadros psiquiátricos agudos.</p> <p>Accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio, hipertensión arterial.</p> <p>Síndrome de abstinencia.</p> <p>Intoxicación aguda por sobredosis.</p> <p>Obstétricas: relacionadas con el consumo (aborto espontáneo recurrente, desprendimiento de placenta normoinserta (DPPNI), parto pretérmino, amenaza de parto pretérmino, muerte fetal intraútero, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).</p>
<p>Complicaciones fetales-neonatales y del lactante</p>	<p>Vinculadas al consumo materno durante el embarazo: malformaciones congénitas, RCIU, sufrimiento fetal agudo, muerte fetal intrauterina, prematuridad.</p> <p>Por la vía utilizada: enfermedades infecciosas de transmisión vertical: VIH, hepatitis B, sífilis.</p> <p>Síndrome de abstinencia neonatal.</p> <p>Intoxicación aguda asociada o no a lactancia.</p> <p>Trastornos del crecimiento y desarrollo (neuroconductuales).</p> <p>Síndrome de muerte súbita e inesperada del lactante (SMSIL).</p>

Fuente: Modificado de Pascale¹⁸.

Tabla 5. Descripción de los efectos producidos por el consumo de sustancias en la gestación.

Tipo de sustancia	Efecto sobre la persona gestante / embarazo	Efecto teratogénico estructural	Efecto teratogénico funcional
Alcohol	Aborto espontáneo. Muerte fetal. RCIU.	Microcefalia. Alteraciones de migración y diferenciación neuronal. Hipoplasia de cuerpo calloso. Dismorfias faciales típicas(*). Alteraciones oftalmológicas. Cardiopatía congénita.	Retraso Global del desarrollo. Déficit atencional con o sin hiperactividad. Déficit del lenguaje. Déficit procedimental. Disfunción cerebelosa. Alteraciones inmunológicas.
Tabaco	RCIU Parto pretérmino.	Malformaciones de los miembros. Gastrosquisis. Hendiduras labio alveolo palatinas. Aborto. Microcefalia.	Trastornos de la conducta. SMSIL.
Cannabis	RCIU. Parto pretérmino.	No existe acuerdo definitivo sobre el potencial teratogénico estructural.	Síntomas neurológicos, temblor, llanto y sueño alterado en período neonatal que remiten luego de 30 días. Déficit atencional con o sin hiperactividad.
Cocaína	RCIU. Parto pretérmino. Abruptio placentae. Rotura uterina. Muerte fetal .	No existe acuerdo definitivo sobre el potencial teratogénico estructural. En algún estudio se ha encontrado asociación con: <ul style="list-style-type: none"> • Anomalías del tracto urinario. • Enterocolitis necrotizante. • Porencefalia por infarto cerebral. • Agenesia del cuerpo calloso, ausencia del septum pellucidum, displasia septo-óptica, grave alteración de la migración neuronal en la sustancia blanca, disgenesia retiniana y colobomas, así como infarto cerebral, hemorragia subaracnoidea, subependimaria o intraventricular, sobre todo por exposición cerebral próxima al nacimiento. • Isquemia cardíaca. 	Trastorno del lenguaje y escritura. Déficit atencional.

Opioides	Parto prematuro. Ruptura prematura de membranas. Líquido amniótico meconial. RCIU. Corioamnionitis. Muerte fetal.	Cardiopatía congénita. Defectos de cierre del tubo neural.	Abstinencia neonatal. Agresividad-impulsividad. Déficit atencional, de memoria y de percepción.
Benzodiazepinas		Dismorfismo facial. Hipotonía neonatal.	Síndrome de abstinencia neonatal.
Anfetaminas		Fisuras orales. Microcefalia.	Déficit atencional. Ansiedad. Depresión. Agresividad.
Alucinógenos (LSD, MDMA, PCP)		PCP: <ul style="list-style-type: none"> • Microcefalia. • Dismorfias faciales. • Alteración estructural SNC. • Cardiopatía congénita. • Anomalías musculoesqueléticas. LSD: <ul style="list-style-type: none"> • Anomalías de miembros. • Defectos oculares. MDMA (éxtasis): <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatía congénita. • Anomalías musculoesqueléticas. 	
Inhalantes /solventes		Microcefalia. Dismorfias faciales similares a alcohol.	Retraso global del desarrollo. Déficit atencional. Déficit del lenguaje. Disfunción cerebelosa (equilibrio, metría).

Fuente: Elaboración propia.

“ Estrategias de prevención. ”

Estrategia para la acción

Momentos de la intervención

**Etapas preconcepcional
y prenatal**

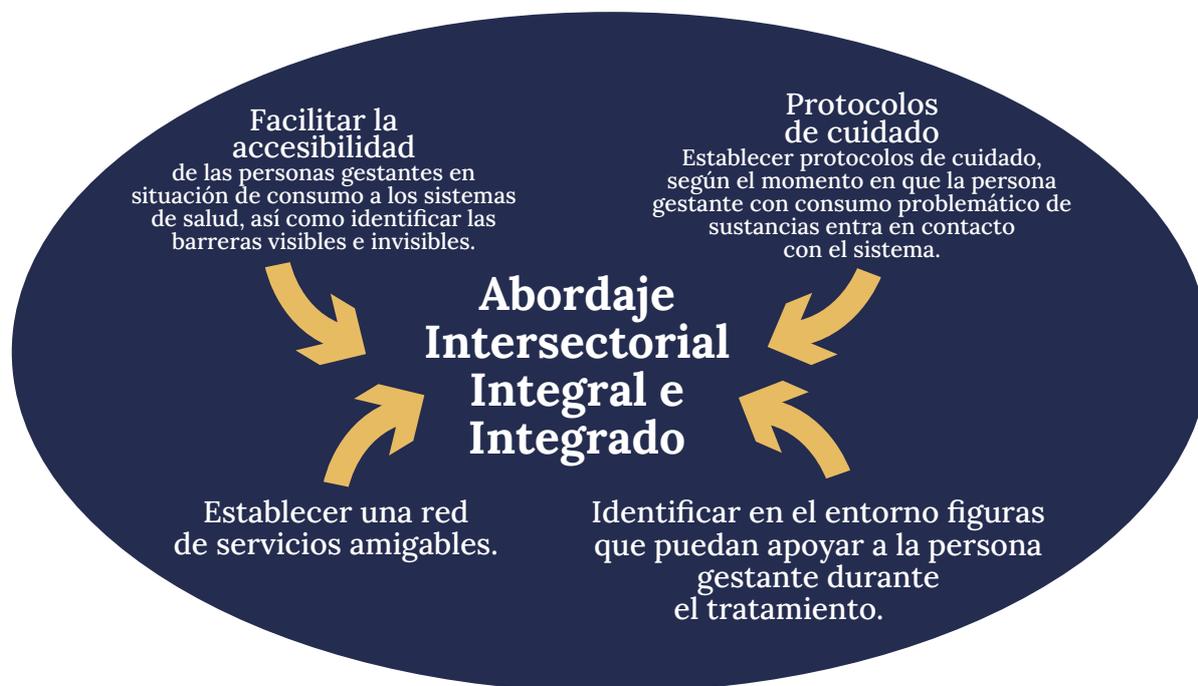
Estrategia de reducción de riesgo y daño



En relación con el consumo problemático de sustancias, la prevención también se puede enfocar en promover la reducción de los factores de riesgo y aumentar los factores protectores.

Estrategia para la acción

Acciones a desarrollar por el equipo de salud.



Momentos de la intervención

Contención y cuidado según la etapa en que la persona se contacta con el sistema de salud.

Existen diferentes momentos de vinculación ó etapas de atención, donde el equipo de salud tiene la oportunidad y debe intervenir:

- a. **Preconcepcional (algoritmo de control prenatal y primera consulta);**
- b. **Control prenatal;**
- c. **Asistencia del parto, internación (algoritmo de la internación por causa obstétrica);**
- d. **Seguimiento del puerperio (algoritmo del puerperio inmediato);**
- e. **Internación neonatal;**
- f. **Control pediátrico.**

Estos momentos (principalmente el control prenatal) son **oportunidades** para identificar el problema, motivar para evitar los consumos de sustancias psicoactivas, comenzar un tratamiento y prevenir recaídas en el consumo problemático de sustancias.

Etapas preconcepcional y prenatal

- Es primordial ofrecer consejería en anticoncepción (métodos de larga duración).
- Brindar información sobre el efecto del consumo problemático sobre el embarazo.
- Identificar la red de cuidado, ampliar a la familia y a la comunidad de la persona gestante.
- Preparación para el proceso de parto y crianza: desarrollar el concepto de *corresponsabilidad del cuidado* sin naturalizar los roles propios de los mandatos de género.

Comunicación efectiva. Primera escucha.

El primer abordaje en el control prenatal es la **entrevista**, cuya meta es realizar una evaluación diagnóstica situacional. Se trata de una entrevista de *encuentro* con una persona gestante que está en uno de los momentos más peculiares de su vida.

El objetivo es establecer un vínculo que transmita seguridad, apoyo y contención.

- ¿Quién es la persona?
- ¿Qué necesita?
- ¿Cuál es su situación, su trayectoria vital?
- ¿Es la primera vez que se contacta con el sistema de salud por el consumo problemático?
¿Hizo algún tratamiento antes?
- ¿Cómo es su red afectiva, (vínculos)?
- ¿Tienen acceso a vivienda, alimentación, salud, etc.?

Escuchar si en sus relatos refiere o, preguntar por consumo de sustancias psicoactivas. Indagar sobre el tipo de sustancia(s), la modalidad y frecuencia del consumo, etc. Relacionar esto con la posibilidad de implementar cuidados desde este mismo momento en adelante, para que reciba los apoyos que se requieran.

Darle tiempo en la entrevista para que exprese lo que siente y ofrecer ayuda de manera empática. Asimismo, expresar acuerdos en aquellas cosas que nos sea posible acordar y que estén en la línea de los cuidados.

Estrategia de reducción de riesgo y daño

Se trata de un enfoque cuyo fundamento no es la búsqueda de la abstinencia sino de la reducción de los perjuicios asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Consiste en ofrecer el apoyo necesario para el reposicionamiento del sujeto pleno de derechos (a la salud, a la educación, al trabajo, a la familia, a la vivienda, etc.) y, en tal sentido, complementa las acciones de prevención específica e inespecífica, que no siempre resultan infalibles para evitar el consumo o la recaída.

Dentro de esta estrategia estaría el hecho de suspender transitoriamente la lactancia después de un episodio de consumo, utilizando para la alimentación del lactante leche previamente almacenada de la madre o una fórmula adecuada a la edad.

“ **Efectos
específicos de
cada sustancia
sobre el binomio
gestante-feto.** ”

Alcohol

Tabaco

Cocaína

Marihuana

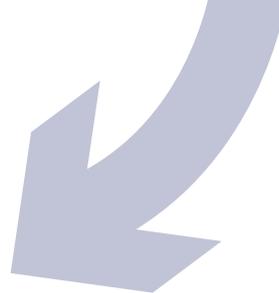
Éxtasis o MDMA

Opiáceos

Benzodiacepinas (BZD)



Alcohol



Desde hace más de 100 años se reconoce que el consumo de alcohol étílico durante la gestación, tiene efectos teratogénicos.

Tales daños se conocen como Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal, que abarca desde el Síndrome Alcohólico Fetal completo o incompleto, hasta los daños en el neurodesarrollo –imperceptibles en el nacimiento y que se pueden manifestar en el ingreso escolar– e inclusive la muerte fetal.

Todos los organismos oficiales e internacionales de Salud recomiendan **Alcohol Cero durante el embarazo.**

Alcohol y daño fetal

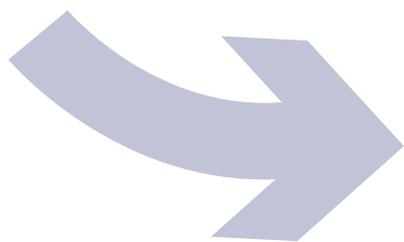
El alcohol atraviesa la barrera placentaria, provocando daños en el cerebro y otros órganos del embrión y el feto en desarrollo.

La exposición prenatal al alcohol es una de las principales causas evitables de defectos congénitos y anomalías del desarrollo neurológico.

En un estudio prospectivo, observacional y analítico del que participaron 231 personas gestantes entre marzo y septiembre del 2021 en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires, se observó una prevalencia de consumo de alcohol del 46,32%, seguido por el tabaco con el 12,12%, la marihuana con el 5,62% y la cocaína con el 4,76%. El peso de los neonatos hijos de madres con orina positiva para alguna sustancia fue significativamente menor que el peso de los neonatos con madres con orina negativa (media \pm ES de 2800 \pm 184gr vs 3332 \pm 41gr p 0.002). La edad gestacional también fue significativamente menor en neonatos con madres con orina positiva (38.00 vs 39.00 p 0.002)⁽³⁾.

En un estudio realizado en Santa Fe mediante una entrevista semi estructurada de 641 personas púérperas del subsector público y privado de salud, El 70,4% de las mujeres manifestó haber recibido alguna información sobre un potencial efecto adverso del consumo de alcohol durante la gestación, pero pocas de ellas poseían información precisa, ninguna refirió los términos de síndrome alcohólico fetal o trastornos del espectro alcohólico fetal, incluso considerando que algunas de ellas eran profesionales de la salud y sólo el 6,1% mencionó a un profesional de la salud como fuente⁽⁴⁾.

Los efectos más graves de la exposición prenatal al alcohol son el daño cerebral y las alteraciones resultantes en la conducta y el funcionamiento cognitivo.



Tabaco

Tabaco y embarazo

El consumo de tabaco durante el embarazo se ha asociado a mayor riesgo de: aborto espontáneo; embarazo ectópico; restricción del crecimiento intrauterino (RCIU); rotura prematura de membranas; parto de pretérmino; placenta previa; estados de hipercoagulabilidad con mayor riesgo de trombosis; desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y muerte fetal intrauterina.

El recién nacido, por su parte, presenta: mayor prevalencia de bajo peso al nacer; enfermedades respiratorias; síndrome de muerte súbita e inesperada del lactante (SMSIL); trastornos del comportamiento y del aprendizaje. Se ha reportado relación con la dosis, ya que en grandes fumadoras existe una mayor incidencia de hijos con parto prematuro y bajo peso al nacer. Según el grado de exposición, la mujer embarazada expuesta al humo de tabaco en el ambiente también puede sufrir las complicaciones secundarias al consumo de tabaco ya mencionadas.

Tabaco y lactancia

Se sabe que la nicotina y otros compuestos pasan al recién nacido a través de la lactancia, y que cuando los niños están expuestos al humo del tabaco ambiental, también se produce una transferencia considerable de sustancias químicas a través del *humo de segunda mano*. Los aumentos en la incidencia de alergia respiratoria en bebés y de SMSIL son dos riesgos significativos bien conocidos de la exposición infantil al humo de tabaco ambiental. El Ministerio de Salud respalda la promoción de la lactancia en el contexto del tabaquismo materno, ya que esta contribuiría a mitigar los efectos nocivos del humo de tabaco, al tiempo que apoyan enérgicamente el abandono del hábito de fumar.

Resulta clave contar con equipos interdisciplinarios capacitados en cesación tabáquica, de manera de poder conectar a las madres, padres y/o cuidadores de nuestros pacientes con una posibilidad concreta de ayuda⁽⁵⁾.

El abordaje del tabaquismo debe ser parte integral de la atención perinatal.

Cuando la madre no puede cesar el consumo de tabaco sin uso de fármacos, el uso de parches se puede considerar una alternativa segura.

La bibliografía describe que, con un parche transdérmico de 21 mg, la nicotina pasa a la leche materna en cantidades equivalentes a fumar 17 cigarrillos al día, mientras que parches con concentraciones más bajas (de 7 mg y 14 mg) producen la transferencia de cantidades de nicotina proporcionalmente inferiores, por lo que estos son siempre más recomendables. Sin embargo, debe recordarse que la nicotina en todas sus formas puede aumentar el riesgo de SMSIL y podría interferir con el desarrollo pulmonar normal de éste. Por este motivo, sería ideal no usar ninguna forma de nicotina en madres lactantes.



Cocaína

Embarazo y consumo de cocaína

Los neonatos cuyas madres consumieron cocaína durante el embarazo pueden presentar alteraciones estructurales asociados a fenómenos de vasoconstricción y falta de irrigación en órganos ya formados, que pueden establecerse en cualquier trimestre y no sólo durante el periodo de organogénesis

El amnios es considerado el principal reservorio de cocaína. La pseudocolinesterasa, una de las enzimas que metabolizan la cocaína, presenta una actividad disminuida en el feto, el lactante y la persona embarazada.

Presentan, como fisiopatología, el espasmo de las arterias uterinas con disminución del aporte de O₂ y nutrientes, y el estrés oxidativo. Estudios histopatológicos a nivel placentario revelan la presencia de trombosis *in situ*, infartos y hemorragias focales. La estimulación del Sistema Nervioso Simpático, así como el incremento de endotelinas (vasoconstrictoras) y la disminución de óxido nítrico (vasodilatador) explican el vasoespasmo a nivel placentario. Estas alteraciones se agravan por las alteraciones estructurales de la vasculatura placentaria debido al mismo mecanismo que en el resto del sistema cardiovascular. Todos estos mecanismos propician con mayor frecuencia las crisis hipertensivas en la embarazada, así como la aparición de preeclampsia o eclampsia.

Es difícil calcular el impacto total de las consecuencias del consumo materno de esta droga y determinar el peligro específico sobre el feto. Hay muchos factores que contribuyen para determinar el impacto materno e infantil directo, como son la cantidad y el número total de drogas de las que abusó la persona embarazada (incluyendo la nicotina), los cuidados prenatales recibidos, la exposición a la violencia, las condiciones socioeconómicas, el estado de nutrición materna, otros problemas de salud y la posibilidad de que la embarazada haya sido expuesta a enfermedades de transmisión sexual.

En la persona embarazada, además de los efectos generales del abuso de la cocaína, el consumo puede tener consecuencias en el curso de la gestación, en el desarrollo del feto y en el neonato: bajo peso en el nacimiento, enterocolitis necrotizante, anomalías cardíacas, renales y distintas malformaciones congénitas (estas alteraciones se deben a interrupción del flujo sanguíneo por lo que pueden aparecer con la exposición en cualquier momento del embarazo), infarto cerebral, convulsiones o disminución del perímetro craneal.

Tratamiento

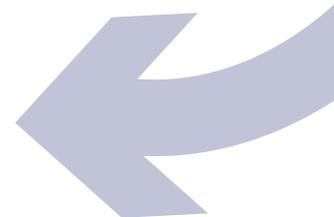
Como ocurre con cualquier trastorno por consumo de sustancias, el tratamiento del consumo problemático de cocaína, realizado por un equipo multidisciplinario, debe ser integral y las estrategias deben evaluar los aspectos neurobiológicos, sociales y médicos del consumo por parte del paciente, que requieren intervenciones conductuales o farmacológicas.

Las benzodiazepinas, administradas durante un período limitado, se han usado para tratar los síntomas derivados de la intoxicación por cocaína. En las principales clasificaciones de los fármacos según su potencial teratogénico, las benzodiazepinas se han relacionado con malformaciones o efectos adversos fetales –en estudios en humanos– o con potencial para causar estos efectos –según estudios en animales–. Aun así, el uso en mujeres embarazadas es posible si los beneficios que se esperan se prevén superiores al riesgo potencial para el feto o el neonato.

Cocaína: información clave

En el recién nacido se deben realizar exámenes complementarios como electrocardiograma, ecografía cerebral, abdominal, renal y de vías urinarias asociadas a esta exposición.

Marihuana



Marihuana y embarazo

En un metanálisis que incluyó 24 estudios, publicado en 2016, se revisó el efecto del consumo de marihuana sobre la persona embarazada y el neonato. Los resultados demostraron que las mujeres que utilizaban cannabis durante el embarazo vieron aumentadas sus probabilidades de desarrollar anemia (OR 1.36; IC del 95%: 1,10 a 1,69) en comparación con las mujeres que no consumieron cannabis durante el embarazo. Los neonatos expuestos al cannabis intrauterino tuvieron un menor peso al nacer que los no expuestos (OR = 1,77; IC 95%: 1,04 a 3,01). También se evidenció que los expuestos requirieron más observación en unidades de cuidados intensivos que los no expuestos durante el embarazo (OR = 2,02; 1,27 a 3,21). El metanálisis concluye que el uso de cannabis durante el embarazo puede aumentar los resultados adversos para las embarazadas y sus recién nacidos⁽⁶⁾.

Otra revisión sistemática con marcada heterogeneidad de los resultados encontraron que la exposición prenatal al cannabis se asoció en forma significativa con parto pretérmino, ORa, 1.42; (IC 95%, 1.19 to 1.69), Bajo peso para la edad gestacional (ORa, 1.76; IC 95%, 1.52 to 2.05), y mortalidad perinatal (ORa, 1.5; 95% CI, 1.39 to 1.62)⁽⁷⁾.

En las escuelas, los niños que han sido expuestos a la marihuana antes de haber nacido son más propensos a mostrar una desventaja en sus habilidades para resolver problemas, memorizar y prestar atención. Sin embargo, es necesario realizar más investigaciones para poder separar los efectos específicos de la marihuana de otros factores

ambientales como la nutrición de la madre, el estar expuestos a un ambiente desfavorable y el uso de otras sustancias.

Establecer cuáles son los efectos de la marihuana en el desarrollo prenatal es importante, ya que en nuestro país, según datos del SIP, en el subsector público, más de la mitad de los embarazos no son planeados y la proporción de estos casos es considerablemente más alta entre los adolescentes y los jóvenes. Por lo tanto, muchas mujeres pueden usar marihuana sin saber que están embarazadas, inclusive por su efecto antiemético.

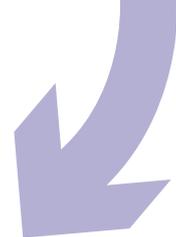
Es sabido que el sistema cannabinoide desempeña un papel importante para promover la formación de sinapsis durante el desarrollo temprano del cerebro y en la adolescencia, en la etapa de poda en la que se redefinen las interconexiones neuronales.

El THC disminuye la secreción de hormonas sexuales, con una reducción de la secreción de testosterona y del número y la motilidad de los espermatozoides.

Dado que el consumo de cannabis es cada vez más aceptado, se alienta al equipo de salud a desmitificar su inocuidad y pesquisar tempranamente en la consulta prenatal su uso.

Éxtasis o MDMA

(3,4-metilendioximetanfetamina)



Es una anfetamina de diseño, químicamente emparentada con la metanfetamina y la mescalina. Se trata de una droga estimulante del sistema nervioso central, con efectos alucinógenos y entactógenos. Su mecanismo de acción es consecuencia de la similitud en su estructura química con la de las aminas endógenas.

Actúa como falso neurotransmisor sobre los receptores simpáticos estimulando la liberación de neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina.

Inhibe la recaptación de catecolaminas por las neuronas presinápticas.

Inhibe las monoaminoxidasas responsables de la degradación de neurotransmisores.

Sus efectos cardiovasculares son semejantes a los de la cocaína y también el tratamiento es similar.

Embarazo

El consumo de éxtasis durante el embarazo ha sido relacionado con mayor incidencia de aborto espontáneo, parto prematuro, hipertensión arterial, desprendimiento placentario y muerte fetal intrauterina, de manera semejante a los reportes acerca de la cocaína.

Estudios realizados en la última década han revelado una mayor incidencia de malformaciones congénitas en recién nacidos hijos de usuarias de MDMA durante el embarazo; principalmente, anomalías cardiovasculares y músculo-esqueléticas.



Opiáceos

Los opiáceos son sustancias de origen natural o sintético, utilizadas en la medicina como fármacos para el tratamiento del dolor. Inhiben la percepción del dolor, con niveles moderados de sedación y euforia; también tienen acción antitusígena y antidiarreica.

Su uso con fines recreativos en la población general de nuestro país es bajo y está relacionado, en la mayoría de los casos, con usuarios ligados directa o indirectamente al sistema de salud así como, en menor medida, a usuarios con antecedentes de policonsumo de drogas ilícitas.

Cabe considerar, no obstante, que un paciente con antecedentes de adicción al alcohol u otras sustancias de abuso tiene mayor probabilidad de desarrollar un trastorno por dependencia en el contexto de un tratamiento paliativo del dolor.

Embarazo

Siempre que sea probable que las personas embarazadas con trastorno por uso de opiáceos vuelvan a consumirlos durante el embarazo, son candidatas para el tratamien-

to con agonistas opioides. El estándar aceptado durante la gestación es la Metadona.

La recomendación durante el embarazo es *cesar en el uso de opiáceos* aunque, existe la opción de prescribir opiáceos de vida media prolongada (como la Metadona) para mantener niveles estables de opioides, que no son esencialmente tóxicos en niveles sanguíneos estables. La cesación de los opioides, por otro lado, podría generar un mayor riesgo de recaída y patrones inestables de uso, que se vuelven esencialmente tóxicos en niveles sanguíneos inestables. El tratamiento con metadona, permite reducir o eliminar el consumo de opiáceos, el riesgo de exposición a VIH y la morbilidad en general (obstétrica, fetal y perinatal).

Durante el transcurso del embarazo puede ser necesario ajustar la dosis, a raíz de los eventuales cambios en el metabolismo y el incremento del volumen sanguíneo. Se sugiere iniciar el plan de mantenimiento con Metadona con la paciente hospitalizada –en particular durante el 3º trimestre–, teniendo en cuenta el riesgo de sobredosis o de reacciones adversas.

Las dosis deberían ser lo más bajas posibles. Sin embargo, en cualquier caso, lo más importante es lograr la abstinencia en el uso de otras sustancias, aunque para ello sean necesarias dosis moderadas o altas.

La vida media de la Metadona en las embarazadas baja (de 8 a 24 horas) Por esta razón, los resultados son mejores si la dosis total se administra dividida en dos tomas.

Existe controversia en relación con la desintoxicación de personas gestantes que se encuentran en tratamiento sustitutivo con Metadona. En general, se recomienda llevarla a acabo entre el 3º y 6º mes de gestación, por medio de reducciones escalonadas de la dosis, que no superen los 2,5-10 mg cada una o dos semanas.

En cualquier caso, la reducción de la dosis de mantenimiento se debe evaluar cuidadosamente, especialmente si se realiza antes de la semana 14ª (debido al riesgo de aborto) y después de la semana 32ª (debido al riesgo de estrés fetal).

La desintoxicación del neonato se debe hacer con Metadona y no con otros opiáceos.

El riesgo de SAN para el feto es significativamente menor que el riesgo de dependencia de opiáceos no tratados.

Por lo tanto, el desafío consiste en decidir un enfoque de tratamiento de mantenimiento con Metadona, con un riesgo conocido de abstinencia neonatal pero un bajo riesgo de recaída. En caso de ser exitosa, la desintoxicación de opioides no acarrea ningún riesgo de abstinencia neonatal. Sin embargo, si fracasa por recaída en el consumo, implica un alto riesgo de resultados neonatales adversos, que incluyen:

- Abstinencia neonatal.
- Retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU).
- Riesgo de sobredosis en la madre.

Se ha demostrado que la desintoxicación por sí sola tiene una eficacia menor en comparación con la terapia sustitutiva con agonistas opioides y, además, aumenta el riesgo de recaída sin beneficio fetal o materno.

Para producir óptimos resultados, el tratamiento con Metadona debe iniciarse tan tempranamente como sea posible en el embarazo. Una mayor duración del tratamiento con Metadona se asocia con mayor porcentaje de partos a término y mayor peso del neonato al nacer.

Benzodiazepinas (BZD)

En algunos grupos de consumidores es frecuente el abuso de BZD asociado al alcohol. Las obtienen por medio de recetas prescrites o, en la mayoría de los casos sin prescripción médica.

Pertenecen a un grupo de fármacos sedantes y ansiolíticos cuyo mecanismo de acción es la modulación de los receptores GABAérgicos. Atraviesan la barrera placentaria y, en general, no deberían ser indicados durante el embarazo a menos que lo justifiquen fundadas razones clínicas.

Cuando las benzodiazepinas son consumidas cerca del término del embarazo, existe riesgo de depresión neonatal. El neonato

puede presentar un cuadro de letargia, hipotonía y dificultad para alimentarse, denominado en inglés *Floppy Child Syndrome* (literalmente, *Síndrome del Niño Flácido*). La duración del cuadro es variable, dependiendo de la vida media de la BZD utilizada por la madre y, por otra parte, ésta se incrementará en el neonato por la inmadurez de los sistemas metabólicos.

Cuando el feto es expuesto en forma crónica a las BZD, puede aparecer después del parto un síndrome de abstinencia de severidad variable, caracterizado por irritabilidad, temblor, hipertensión, convulsiones (en casos severos), alteración de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial.

“ Evaluación de la lactancia materna en personas consumidoras de sustancias. ”

Las ventajas de la lactancia materna son bien conocidas: ofrece beneficios nutricionales, inmunitarios, psicológicos y económicos.

Resumen de las recomendaciones de la Academia de Medicina de Lactancia Materna. (ABM) 2023

Preparación del egreso de la maternidad.

El lactante expuesto a la sustancia.

Toxicidad asociada a las sustancias utilizadas por la madre durante la lactancia.

Conclusiones sobre la lactancia en situaciones de consumo materno.



Las ventajas de la lactancia materna son bien conocidas: ofrece beneficios nutricionales, inmunitarios y psicológicos sin costos adicionales.

La leche materna es la nutrición óptima para el recién nacido, a la vez que ayuda a reducir los riesgos de infecciones y disminuye la incidencia de algunas condiciones crónicas de salud a mediano y largo plazo, como la diabetes tipo 1 y 2 y la obesidad. Además, mejora la cognición y el desarrollo del cerebro. Las madres también tienen beneficios significativos para la salud, como la reducción de la incidencia de cáncer de mama y de ovario, y la disminución de la respuesta al estrés, advirtiéndose una mejor regulación autonómica en mujeres lactantes vs. no lactantes.

Esta última característica puede representar un beneficio especialmente destacado para las mujeres dependientes del consumo de sustancias, ya que el estrés puede ser un factor importante en el desarrollo de síntomas psiquiátricos y recaídas. El estímulo de la lactancia materna también mejora el vínculo materno-infantil siendo esto especialmente importante en las personas que pueden albergar culpa derivada del uso antenatal de drogas y falta de autoconfianza respecto de las habilidades de cuidados. Por otro lado, existen algunas pruebas de que la lactancia puede reducir la incidencia o la gravedad del síndrome de abstinencia neonatal a opiáceos en madres dependientes de ellos.

A pesar de los beneficios significativos y específicos de la lactancia para la diada hijo-madre expuesta a la sustancia, debe darse necesariamente una discusión sobre la relación riesgo-beneficio de esta práctica y es oportuno considerar varios factores de riesgo.

Para el bebé, ¿El riesgo de exposición a través de la leche materna excede o no el beneficio de ser amamantado?

Los factores de riesgo a considerar se relacionan con:

- a. condiciones maternas,
- b. condiciones del lactante y
- c. toxicidad asociada con la sustancia o sustancias utilizadas.

La decisión de la madre de amamantar no incluye necesariamente la abstinencia de drogas. Las personas con consumos problemáticos, usan con frecuencia más de una sustancia (ilícita o lícita) y la incidencia del consumo simultáneo de alcohol y tabaco es alta.

Por lo general, las personas con antecedentes de consumo de sustancias son capaces de lograr la abstinencia durante el embarazo pero la recaída después del parto puede ser frecuente. Para el consumo excesivo de alcohol, tabaco y cannabis, las tasas de consumo descienden durante el embarazo y repuntan sustancialmente en el postparto. En la mayoría de las sociedades, las mujeres embarazadas dependientes suelen estar sometidas a considerables presiones sociales para negar el uso de sustancias, haciendo que la detección de la dependencia perinatal de las sustancias sea dificultosa.

Frecuentemente, la depresión se correlaciona con el uso de sustancias, y particularmente las puérperas con depresión posparto pueden tener un alto riesgo de consumo de sustancias o de recaídas.

Estas situaciones justifican la necesidad de un abordaje individualizado y un seguimiento pautado para minimizar los riesgos en el recién nacido y caer en generalizaciones basadas en estereotipos negativos que habitualmente se hacen de las personas en situaciones de consumos problemáticos.

Resumen de la recomendaciones de la Academia de Medicina de Lactancia Materna (ABM) 2023

La Academia de Medicina de Lactancia Materna (ABM) 2023 Clasifica la evidencia y la fuerza de la recomendación de la siguiente forma.

La evidencia fue clasificada según el nivel de evidencia (NE), siendo el 1 el más alto y 3 el menor, y por la fuerza de la recomendación (FR) definiendo tres niveles:



Nivel A (basado en evidencia consistente, de buena calidad y orientada al paciente).

Nivel B (basado en evidencia inconsistente o de calidad limitada),

Nivel C (basado en el consenso, práctica habitual, series de casos u opinión de expertos).

Recomendación	Monitoreo del recién nacido/potenciales riesgos	Monitoreo materno y potenciales riesgos	Consideraciones adicionales.
OPIOIDES. Se debe evitar la lactancia. NE 2 FR B	Sedación. Depresión respiratoria. Abstinencia. Dificultades con la alimentación.	Sedación Disminución de la capacidad de respuesta.	Recomendar la extracción de leche en casos de consumos recientes si hay posibilidades de abstinencia futura. Considerar un plan para recaídas y medidas de soporte.
SEDANTES HIPNÓTICOS. Se debe evitar la lactancia. NE 3 FR C	Sedación. Depresión respiratoria. Abstinencia. Inadecuado progreso de peso.	Sedación Disminución de la capacidad de respuesta.	Prescripción de benzodiazepinas que puedan ser utilizadas en forma segura en la lactancia, para el tratamiento de los desórdenes de ansiedad.
ESTIMULANTES (COCAÍNA-ANFETAMINAS) Se debe evitar la lactancia. NE 3 FR B	Síntomas gastrointestinales, hipotermia, irritabilidad, temblores, alteración del sueño y convulsiones. Alteración del ritmo cardíaco y paro cardiorespiratorio.	Reduce la producción láctea.	
ALCOHOL. Se debe evitar la lactancia en el consumo moderado a alto. NE 1 FR A	Somnolencia, cambios en el sueño y hábitos de alimentación, posible impacto a largo plazo en el neurodesarrollo.	Disminuye la producción láctea.	En consumos ocasionales en niveles bajos de consumo esperar 2 hs por unidad de alcohol consumida antes de amamantar. Se sugiere que en ocasión que la madre anticipe el consumo de alcohol, amamante antes, (esperando el tiempo necesario antes de volver a amamantar) y/o se extraiga leche previo al consumo de alcohol.
NICOTINA. Se recomienda iniciar la lactancia, se debe aconsejar y facilitar la cesación tabáquica durante la lactancia. NE 1 FR A	Alteración de la alimentación y el sueño.	Altera la composición de la leche y disminuye su producción.	El humo del tabaco de segunda mano aumenta el riesgo de infecciones respiratorias, hiperreactividad bronquial, alergias y SMSIL. Se recomienda no suspender la lactancia, al tiempo que se facilita la cesación tabáquica.

<p>CANNABIS. Se aconseja la cesación y/o reducción del uso de cannabis durante la lactancia. NE 2 FR B</p>	<p>Efectos sobre el desarrollo</p>	<p>Altera la composición de la leche y disminuye su producción y la duración de la lactancia.</p>	<p>En casos individuales donde la persona desea continuar con el consumo durante la lactancia se recomienda un proceso de decisión interdisciplinaria para discutir riesgos y beneficios.</p>
---	------------------------------------	---	---

En las guías de la Academia de Medicina de Lactancia Materna (ABM) de 2015 se recomienda una abstinencia de 30 a 90 días antes del parto, pero por un estudio de Cohorte donde se evaluaron más de 500 binomios expuestos al consumo y más de 4000 muestras de orina, se observó que la sensibilidad y el valor predictivo positivo de las muestra negativas en orina materna en el último trimestre del embarazo, fueron bajos. En el análisis ajustado solo el consumo al momento del parto se asoció al consumo en el postparto.

Por este motivo en las recomendaciones ABM 2023 se promueve que aquellas madres motivadas para amamantar y en quienes se constata uso reciente de sustancias sin prescripción médica y/o tienen pruebas en orina positivas, se las debe apoyar y capacitar para la extracción de leche ya sea de manera manual o con sacaleche, con el fin de establecer y mantener la producción lactea y evitar el desarrollo de mastitis, pero esta leche debe ser descartada⁽⁸⁾.

La decisión de amamantar debe realizarse mediante un enfoque interdisciplinario que involucre al paciente y a los médicos del binomio. Lo ideal es que antes de amamantar pase suficiente tiempo para permitir la eliminación de sustancias de la leche materna. Si una madre que amamanta regresa al consumo de sustancias no recetadas en el período posparto, deben seguirse los mismos criterios, es decir extracción y descarte de LH, aportar sustitutos de la LH y consulta con un equipo multidisciplinario.

Estos binomios madre-hijo requieren un seguimiento y acompañamiento luego del parto, durante el cual no sólo se evaluará el estado del niño, sino que además se constatará la continuidad de la abstinencia mediante muestras de orina materna.

Cuando el diagnóstico de consumo problemático se hizo en el momento del parto se debe: suspender la lactancia; solicitar muestra de orina del binomio madre-hijo, dependiendo la sustancia en cuestión.

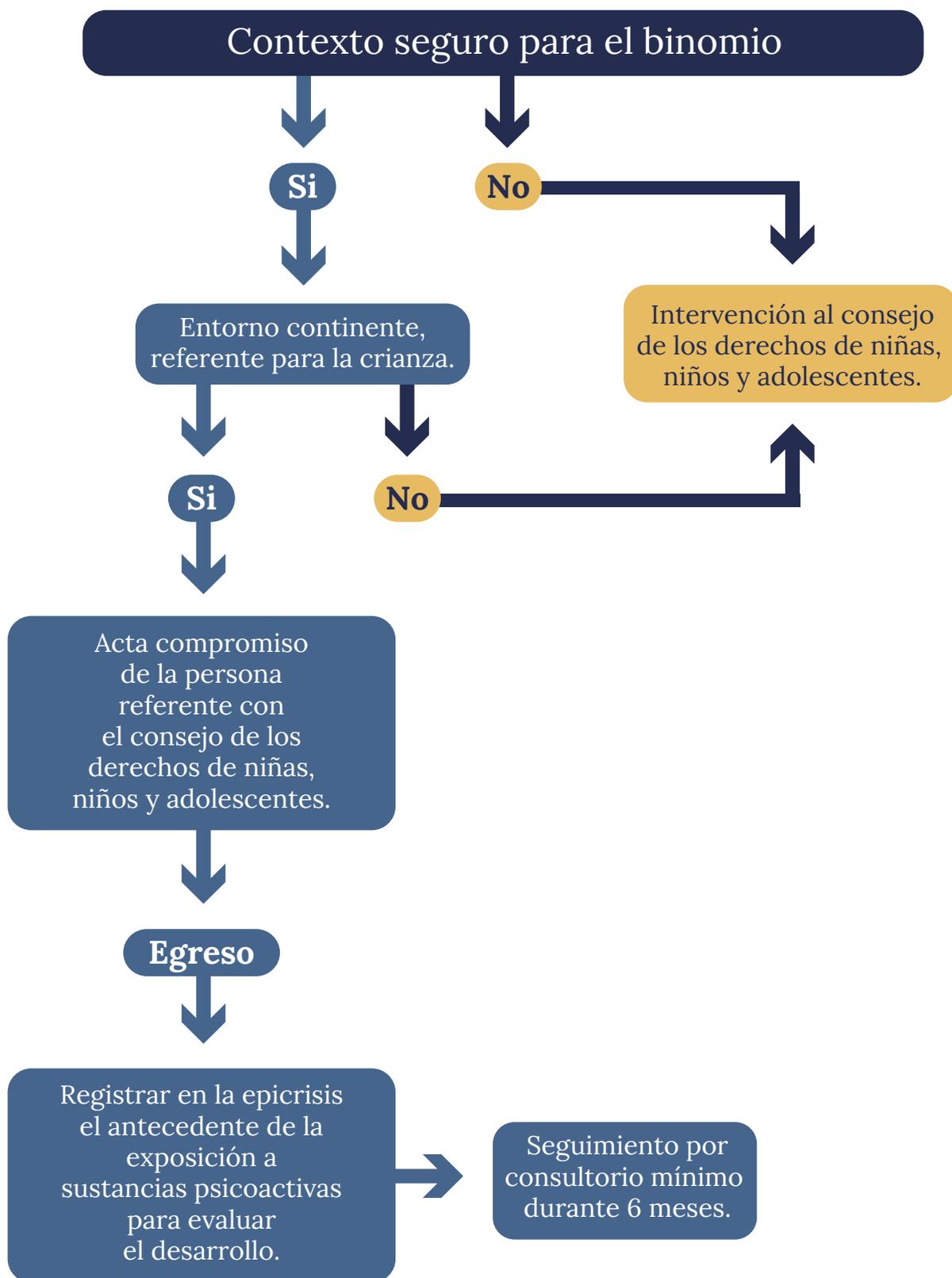
Sobre la base de la clínica del niño, se evaluará la posibilidad de la internación conjunta promoviendo el contacto piel a piel o el eventual pase a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). En el momento del alta, se debe asesorar sobre el uso de fórmula con biberón, asegurándose de que exista una red de contención familiar que acompañe al binomio durante el puerperio. Se requiere un seguimiento posterior, para constatar el adecuado cuidado del neonato y comprobar la abstinencia mediante muestras de orina seriadas. Si la madre logra la abstinencia y esto es constatado mediante muestras de orina, se puede establecer la lactancia si la gestante así lo desea.

El plan de seguimiento con muestras de orinas periódicas para comprobar abstinencia debe ser acordado con la paciente, si ella comprende que es para proteger al niño/a de los efectos perjudiciales de las sustancias psicoactivas que pueden pasar a través de la leche humana y no con fines punitivos, colaborará con la estrategia de seguimiento.

El equipo no debe perder de vista, que la persona gestante debe ser acompañada y contenida en este proceso ya que la posibilidad de iniciar un tratamiento y mantener la abstinencia puede requerir no solo de su decisión sino también de un entorno que la contenga y la acompañe.

Preparación del egreso de la maternidad

Evaluación multidisciplinaria (Evaluar cada caso en su contexto)





El lactante expuesto a la sustancia

En el lactante, los riesgos asociados con la exposición a sustancias presentes en la leche materna reciben la influencia de factores que van más allá de cuánto conoce acerca de la farmacocinética de éstas. Ciertos fármacos pueden acumularse en el lactante debido a un aclaramiento reducido, debido a las vías metabólicas inmaduras. Existen genotipos específicos que pueden proporcionar mayor vulnerabilidad, como los asociados al metabolismo ultra rápido de la codeína.

Los lactantes con síndrome de abstinencia a opiáceos o a sustancias depresoras pueden ser difíciles de amamantar debido a síntomas tales como la hipertonicidad o la incoordinación entre succión y deglución, lo que puede llevar a una ganancia de peso insuficiente particularmente en los lactantes que dependen exclusivamente de la nutrición con leche materna; esto se suma a la frustración y los sentimientos de culpa que genera en la madre, pudiendo

propiciar cuadros depresivos o recaídas.

Una consideración importante es que el lactante amamantado –a diferencia del que recibe fórmula alimentaria– acompaña necesariamente a su madre y, en el caso de las mujeres que han continuado con un uso riesgoso de drogas o que viven en entornos vulnerables, esto se traduce en una mayor exposición de los niños a situaciones perjudiciales⁽⁹⁾.

Por estos motivos, el equipo de salud mental integrante del equipo interdisciplinario, debería abordar estas situaciones oportunamente identificando aquellas situaciones que requieran un seguimiento por servicio social o acompañamiento por el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, estas estrategias deberían enfocarse no solo en tratar el consumo de drogas, sino también en abordar los factores de riesgo sociofamiliares asociados.

Toxicidad asociada a las sustancias utilizadas por la madre durante la lactancia



Los riesgos de la lactancia materna en las mujeres dependientes de sustancias incluyen la toxicidad directa de las sustancias transmitidas a la leche materna y, de manera indirecta, por la contaminación del ambiente con drogas fumadas (como el tabaco, la marihuana y la pasta base), Las sustancias volatilizadas pueden proporcionar una exposición secundaria al lactante. Por ejemplo, en la marihuana existen, además del $\Delta 9$ -THC, más de 450 compuestos. Lo mismo puede decirse de la presencia de otros elementos –además de la nicotina– en el humo del tabaco. Otro tanto ocurre con el humo de la pasta base de cocaína.

Los factores farmacocinéticos que determinan la cantidad de tóxico disponible para la transferencia desde el plasma materno a la leche son:

- la semivida plasmática,
- el peso molecular,
- la liposolubilidad y
- el grado de ionización.

El pasaje desde el plasma a la leche ocurre por difusión pasiva. Los tóxicos de alto peso molecular no pasan a la leche materna. La solubilidad lipídica es importante, no sólo para la difusión sino también para la acumulación, porque la leche materna es rica en grasa, especialmente aquella que se produce durante los primeros 3-4 días posteriores al parto (período postcolostral). El pH es cercano a 7,0, lo cual la hace ligeramente más ácida que el plasma. En consecuencia, las drogas que son bases débiles existen en el plasma en gran medida como moléculas no ionizadas y pasan a la leche materna, donde se concentran como resultado de la captura de iones (por ej., la cocaína).

No obstante, en el caso de la mayoría de las drogas, aproximadamente entre el 1% y el 2% de la dosis utilizada por la madre se presenta al lactante en la leche materna.

Por otra parte, como se sabe, la sustancia ilícita consumida por la madre puede estar cortada o adulterada con otras sustancias peligrosas y desconocidas.

Consumo de alcohol y lactancia

En diversas regiones del mundo existe la creencia popular de que el consumo de alcohol (especialmente cerveza) contribuye al éxito de la lactancia materna porque aumentaría el rendimiento de la leche y relajaría tanto a la madre como al bebé. Lo cierto es que **el alcohol bloquea la liberación de Oxitocina, lo que resulta en una menor producción de leche y un menor reflejo de eyeción.** La investigación sobre animales ha demostrado que el alcohol modifica la estructura de la glándula mamaria en ratas, lo que conduce a una función reducida de la misma durante los primeros días de lactancia.

En varios estudios, la alta frecuencia de consumo de alcohol durante la lactancia se ha asociado con el cese temprano de la misma. El alcohol ingresa en la leche materna mediante la difusión pasiva y alcanza el nivel sanguíneo pico en la madre entre los 30 y los 60 minutos posteriores a la ingesta. En el caso de las bebedoras intensas, los niveles de alcohol resultan, inclusive, más elevados en la leche materna que en la sangre de la madre.

El cerebro infantil es extremadamente sensible al alcohol –incluso en volúmenes muy reducidos– y las pequeñas cantidades ingeridas durante el amamantamiento se acumulan en los lactantes, en quienes el alcohol es metabolizado y excretado más lentamente que en los adultos.

Se han descrito alteraciones en los ciclos sueño-vigilia de los lactantes, en el desarrollo y en el crecimiento infantil. Se ha reportado una fuerte relación inversamente proporcional

entre la exposición crónica al etanol en la leche materna y el índice de desarrollo psicomotor medido según las Escalas Bayley de desarrollo infantil a un año. La Academia Americana de Pediatría aconseja a las madres que amamantan que eviten el consumo de alcohol en general (AAP, 2005).

Estimación del riesgo

Niveles de consumo bajos de alcohol y ocasional (es decir, 10 g/día) 1 vaso de vino de 150 ml o ½ lata de cerveza de 350 ml. no causarán problemas significativos a corto o largo plazo en el lactante, especialmente si la madre espera de 2 horas por cada unidad estándar de bebida (aproximadamente 10 g) antes de amamantar.

Lactancia en consumidores de psicoestimulantes: cocaína y anfetaminas

Tanto la cocaína como su principal metabolito –la benzoilecgonina– están presentes en la leche y se esperan altas concentraciones debido a la naturaleza química de la cocaína con un ph alcalino, lo que puede dar lugar a exposiciones significativas.

Las concentraciones de cocaína reportadas en la leche materna presentan una variabilidad considerable. Según algunos estudios la concentración sanguínea neonatal de cocaína puede alcanzar a 200 ng/ml, comparable a la concentración de cocaína en la sangre de un adulto medida tras la administración de 1,5 mg/kg de cocaína intranasal o 16 mg de cocaína endovenosa. Existen casos reportados de intoxicaciones agudas en lactantes de madres consumidoras por vía intranasal y luego del uso de cocaína como anestésico local sobre el pezón.

Los recién nacidos son particularmente sensibles a la cocaína debido a que el metabolismo desde la cocaína a la benzoilecgonina está retrasado por la inmadurez del sistema de colinesterasa.

Estimación del riesgo

Los riesgos asociados con la lactancia en usuarios de cocaína superan el beneficio cuando se dispone de alternativas seguras a la lactancia materna.

Por este motivo se recomienda evitar la lactancia, sostener la producción de leche si la persona desea amamantar, mediante la extracción y descarte de la misma. Sabiendo que en caso de cocaína la orina puede persistir positiva de 7 a 15 días después del consumo.

Retomar la lactancia cuando los metabolitos sean negativos en orina y dentro de un programa para el tratamiento de los consumos problemáticos.

En el caso de las mujeres consumidoras de anfetaminas, estas sustancias se concentran en la leche materna entre 2,8 y 7,5 veces más que en el plasma materno, lo que puede producir en el lactante: irritabilidad, agitación y hasta muerte infantil.

Es importante recordar que, en toda familia con consumo problemático, ya sea por parte de la madre o de otro conviviente, se contraíndica especialmente el colecho, dado el mayor riesgo de muerte súbita del lactante y de asfixia. (UNICEF 2018)

Lactancia y consumo de marihuana

El $\Delta 9$ -THC (Delta 9 tetrahidrocannabinol) es el compuesto principal en el cannabis. Es muy soluble en grasa, persiste en la grasa corporal de los usuarios y puede ser liberado durante largos períodos de tiempo dependiendo de la intensidad y frecuencia de uso. Además del $\Delta 9$ -THC, en el humo de la marihuana están presentes muchos otros compuestos. El $\Delta 9$ -THC se concentra en la leche materna, alcanzando una relación leche/plasma de 8/1 en usuarios pesados.

Existe cierta preocupación por el efecto del cannabis sobre el desarrollo del SNC en el lactante expuesto a través de la leche materna.

La exposición al cannabis a través de la leche materna en el primer mes de vida se asocia con una disminución del desarrollo motor. También con síntomas tales como sedación, retraso del crecimiento, hipotonía muscular y succión pobre.

Por otra parte, dos estudios encontraron que el consumo ocasional de cannabis durante la lactancia materna no tenía ningún efecto discernible en los lactantes amamantados. Sin embargo, debido a que una fase importante del crecimiento del cerebro ocurre en el período inmediatamente posterior al nacimiento, el THC podría teóricamente alterar el metabolismo de las células cerebrales y, por lo tanto, el desarrollo.

Entre los usuarios crónicos de THC, el 50% presentó dependencia, y el uso de THC se asocia con una amplia gama de condiciones psiquiátricas, lo que implica un riesgo adicional para el lactante.

Estimación del riesgo

Debido a las concentraciones potencialmente altas de THC en la leche materna de los usuarios crónicos y los tóxicos presentes en el humo. Es probable que los riesgos asociados con la lactancia en pacientes consumidores habituales o crónicos de marihuana superen los beneficios, cuando se dispone de otras alternativas a la lactancia materna, seguras y accesibles. Sin embargo, la literatura disponible en el caso de un uso leve u ocasional de marihuana por parte de la persona que amamanta, apuntan a que los beneficios de la leche materna y la lactancia materna, con soportes adecuados para el cuidado del bebé, pueden superar el riesgo. Las orinas de las personas con consumo crónico de cannabis pueden tardar entre 6 y 8 semanas en negativizar. Informar a la paciente desde el inicio del tratamiento de deshabitación para que no se desanimen frente a la persistencia del positivo y continúen con la extracción y descarte de la leche.

Cannabis: Se recomienda la cesación y/o reducción del consumo de cannabis durante la lactancia.

Nivel de evidencia: 2.
Fuerza de recomendación: B.

Para las madres que continúan consumiendo cannabis y desean amamantar, recomendamos una toma de decisiones compartida proceso para discutir los riesgos y beneficios de la lactancia materna.

Las discusiones pueden guiarse examinando la vía y tipo de uso del producto de cannabis, potencia de Uso del producto y frecuencia de uso. Nivel de evidencia: 3 (Bajo). Fuerza de recomendación: C. (basado en el consenso, práctica habitual, series de casos u opinión de expertos)

La Sociedad Argentina de Pediatría, es enfática en cuanto a no banalizar el consumo de cannabis durante el embarazo y la lactancia y trabajar en la prevención de estas conductas que afectan la salud futura del niño⁽¹⁰⁾.

Lactancia y consumo de benzodiacepinas

Las benzodiazepinas son los psicofármacos que se prescriben con más frecuencia, inclusive en las personas dependientes de sustancias. Se han reportado tasas variables (entre el 0% y el 50%) de eventos adversos para los lactantes expuestos a través de la leche materna (17% para el Alprazolam, 22% para el Diazepam y 50% para el Clonazepam). Estos eventos incluyen letargo, irritabilidad, pérdida de peso y apnea. En un estudio realizado entre 124 mujeres tratadas con benzodiacepinas se informó sedación en el 1,6% de los lactantes. No se han reportado eventos adversos para otros agentes (Oxazepam, Lorazepam o Temazepam). Cuando se utilizan junto con otros medicamentos, el riesgo de depresión del SNC se puede potenciar.

Estimación del riesgo

Aunque se ha comprobado que el uso de benzodiacepinas prescritas suele ser compatible con la lactancia, no existe bibliografía disponible sobre el abuso o mal uso de las mismas en relación con la lactancia. Esto debe ser especialmente considerado en personas con policonsumo de sustancias, en quienes puede darse una potencial sinergia con otras sustancias y sobredosificación, con los consiguientes efectos adversos sobre el lactante. En consecuencia, en esta población, el riesgo

de la lactancia superaría sus beneficios, especialmente cuando se dispone de otras alternativas seguras.

Lactancia y consumo de opiáceos

Los primeros informes sobre problemas derivados del uso de opiáceos maternos datan de 1985, cuando 4 bebés presentaron apnea luego de lactar de madres que tenían prescrito codeína cada 4-6 horas. Para la codeína fueron reportados varios eventos adversos y una muerte infantil.

En el lactante la toxicidad puede estar relacionada con la presencia de una isoforma del gen CYP2D6 que convierte a algunas madres en metabolizadoras ultra rápidas de la codeína a la morfina, lo que conduce a elevados niveles en el plasma y la leche.

Dado que no existe un método tangible para evaluar los fenotipos, la codeína no se recomienda en las madres que amamantan.

Otros opioides pueden ser igualmente inseguros. En el 20% de las madres que usan oxicodona se observa depresión neonatal del SNC después de amamantar. La heroína se transfiere a la leche materna y se convierte en morfina. La morfina, en dosis aceptables, bien regulada y utilizada a corto plazo para el control del dolor, es segura para las mujeres que amamantan.

En general, la metadona y la buprenorfina utilizadas para el tratamiento de la dependencia de opioides son compatibles con la lactancia materna y se asocian con mejores resultados maternos y neonatales en el contexto del tratamiento integral de la adicción y la atención prenatal. La metadona se distribuye en la leche materna en bajas concentraciones; la relación entre su concentración en leche materna y las concentraciones plasmáticas, es baja (~0,4), lo que hace que la lactancia materna se recomienda independientemente de la dosis de metadona materna, ya que la dosis materna no está relacionada con las concentraciones de leche.

En cuanto a la buprenorfina, los informes sobre la exposición a esta sustancia a través de la leche materna son algo limitados.

Estimación del riesgo

Las personas dependientes de opiáceos que consumen heroína, o que usan medicamentos que contienen opiáceos recetados de una manera que resulta en ciclos de intoxicación y de abstinencia, probablemente presenten un riesgo significativo para su bebé amamantado, por lo que se desaconseja esta práctica.

La morfina prescrita para el control del dolor en el período postparto es de bajo riesgo y es compatible con la lactancia. La lactancia

materna, en el caso de mujeres dependientes a opiáceos que se encuentran en plan de mantenimiento con metadona, es de bajo riesgo y debe ser alentada si cumplen otros criterios.

Metadona

La metadona no representa un riesgo en la lactancia y no se la considera contraindicada.

Se excreta en leche en cantidades insignificantes independientemente de la dosis que tome la madre. La metadona puede causar galactorrea por aumento de la prolactina.



Conclusiones sobre la lactancia en situaciones de consumo materno

Una evaluación completa y exhaustiva de la diada en el período perinatal consideraría varios factores, entre ellos:

El estado médico y psiquiátrico materno;	los antecedentes de tratamientos de abuso de drogas, el uso de drogas maternas y los requisitos de medicación;	los sistemas de apoyo familiar y comunitario materno;	los planes maternos para la atención post-parto de la salud física y mental, el tratamiento del abuso de sustancias y la atención pediátrica;	el acceso y la capacidad para comprar sucedáneos de la leche materna, el acceso a agua segura y la capacidad para esterilizar el equipo de alimentación.
--	--	---	---	--

La lactancia materna es el método recomendado de nutrición infantil porque ofrece beneficios nutricionales, inmunológicos, psicológicos y económicos.

Es recomendable fomentar la lactancia materna a menos que los riesgos superen los beneficios.

El consumo de sustancias no es necesariamente una contraindicación para la lactancia materna.

En caso de consumo de Cocaína y Marihuana es recomendable no inhibir la lactancia sino suspender de manera transitoria hasta lograr muestra de orina negativa y compromiso en el tratamiento de deshabituación por parte de la paciente.

Se debe apoyar la extracción de leche y descarte de la misma para mantener la producción hasta que se restablezca la lactancia.

Siempre requiere una evaluación completa de diada madre-recién nacido

Evaluar el estado clínico materno y del recién nacido

- Presencia de VIH
- Estado alimentario
- Síndrome de abstinencia en el recién nacido.

Evaluar estado psiquiátrico

- Presencia de comorbilidad psiquiátrica.
- Capacidad y aptitudes de cuidadora.
- Requerimientos de psicofármaco.

Evaluación exhaustiva, caso por caso, de los riesgos/beneficios de la lactancia en situaciones de consumo materno de drogas o alcohol.

Evaluar nivel de consumo

- Presencia de deterioro de la capacidad de autocontrol de consumo.
- Presencia de policonsumo.
- Participación en programa de tratamiento.
- Requerimiento de medicación (La determinación de drogas en orina es sólo un dato que indica consumo reciente).

Evaluar estado médico y psiquiátrico

- Apoyo familiar y comunitario.
- Accesibilidad a sustitutos de leche materna, a agua limpia y capacidad para higienizar el equipo de alimentación.

Estimación del riesgo de la lactancia según nivel de consumo y tipo de sustancia

Bajo riesgo. Disuadir del consumo. Informar sobre riesgos.

Ante consumo intermitente o aislado de alcohol o sustancias. Aconsejar retrasar o Interrumpir transitoriamente la lactancia: se puede utilizar alternativas temporales como leche materna almacenada (congelada) o sucedáneos de la leche materna

» En caso de **Alcohol**

- < de 10gr (1UBE) Demorar en amamantar por 2 hs.
- > 10gr de alcohol Demorar en amamantar por 4 a 6 hs.

» En caso de **Psicoestimulantes**

- Demorar en amamantar por 24 hs. Descartar la leche.

Consumo crónico con uso intensivo de cualquier sustancia o alcohol dependiente (con deterioro de la capacidad de autocontrol del consumo).

- » **Alto riesgo:** Motivar para iniciar tratamiento. Informar sobre riesgos.
El riesgo superaría a los beneficios.
Buscar alternativas seguras y disponibles a la lactancia materna.

“ Relación entre el Síndrome de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante (SMSIL) y el consumo de tabaco u otras sustancias. ”

Manejo del Síndrome de Abstinencia en los neonatos expuestos a sustancias (SAN)



El Síndrome de Muerte Súbita e Inesperada del Lactante (SMSIL) es definido como la “muerte súbita de un niño de menos de un año de edad, que ocurre aparentemente durante el sueño y que permanece sin explicación después de la realización de una minuciosa investigación post mortem, que incluye la práctica de la autopsia, el examen del lugar del fallecimiento y la revisión de la historia clínica”⁽¹¹⁾.

Se trata de la muerte de un niño, aparentemente saludable, que es encontrado muerto en su cuna.

Aunque se han desarrollado diferentes teorías para dar explicación a estas muertes, los mecanismos fisiopatológicos que llevan a este cuadro no están bien definidos. Se intenta descubrir los encadenamientos etiopatogénicos y estudiar su epidemiología, a fin de identificar los factores de riesgo y las posibles estrategias de prevención. Existe una hipótesis acerca del triple riesgo: un niño vulnerable, un período crítico del desarrollo y un factor de estrés externo desencadenante.

Al presente se reconoce la relación del SMSIL con el sueño y su equilibrio, con el sobrecalentamiento, con el tabaquismo materno antes y después del parto, con factores de riesgo genéticos, así como con alteraciones bioquímicas y moleculares.

El SMSIL tiene una etiología multifactorial; es el resultado final de diversos procesos o causas que llevan a un final común, factores entre los cuales se cuenta el consumo de distintas sustancias, la exposición a nicotina y otras.

La exposición al tabaco durante la gestación puede impedir la maduración anatómica cardiovascular del niño. Esto explicaría en parte esta asociación entre SMSIL y tabaco.

El consumo de drogas durante la gestación implica un mayor riesgo de SMSIL, como sucede en el caso de la cocaína.

Resulta difícil separar el riesgo atribuible al consumo de cada una de las posibles drogas

y su efecto biológico, del riesgo aparejado al consumo múltiple de las mismas o de otras circunstancias asociadas.

La Dirección de Salud Perinatal y Niñez (antes Dirección Nacional de Maternidad e Infancia) realizó el *Estudio de la Mortalidad Infantil Domiciliaria en Argentina 2018-2019*. Se trata de una investigación, para describir los determinantes de las defunciones de los niños menores de un año, fallecidos dentro de su domicilio, en la República Argentina, entre el 1º de junio de 2018 y el 31 de mayo de 2019, desde la perspectiva de la familia. Se realizaron encuestas a las familias donde hubo una muerte infantil domiciliaria.

El resultado obtenido en cuanto al consumo de sustancias durante el embarazo de la niña o niño fallecidos indica que en 260 casos (el 74,9%) la persona gestante estuvo libre de consumo de sustancias. En 50 casos hubo tabaquismo (20%), con un resultado muy superior al que se obtuvo en la ENNyS-2⁽¹²⁾, que dio un 2,8% para el mismo consumo. En 10 casos se combinaron tabaquismo y consumo de alcohol. En 7 casos (6%) hubo consumo de alcohol (en la ENNyS-2 el resultado había sido superior: 20%). En 4 casos se registró la combinación de alcohol, drogas y tabaco; en 4 casos tabaco y consumo de drogas; en 3 casos, consumo de drogas; mientras que en 8 casos el resultado fue “no sabe/no responde”⁽¹⁶⁾.

Si bien por el diseño del estudio podría existir sesgos, se observa que en la mayoría de los hogares (75%) en los que ocurrió la muerte domiciliaria de un niño no se observaron consumos problemáticos, pero en promedio en esta muestra el consumo de sustancias en convivientes fue superior al observado en la población general.



Manejo del Síndrome de Abstinencia en los neonatos expuestos a sustancias (SAN)

El síndrome de abstinencia neonatal (SAN) es un diagnóstico clínico, y una consecuencia de la interrupción brusca de la exposición fetal crónica a sustancias que fueron utilizadas o abusadas por la madre durante el embarazo.

El SAN es un trastorno multisistémico generalizado, que involucra predominantemente el sistema nervioso central y autonómico, así como al tracto gastrointestinal.

Los síndromes de abstinencia que ocurren asociados a las benzodiazepinas, el alcohol y los opioides requieren tratamiento farmacológico durante el embarazo. No existe ninguna evidencia de sufrimiento fetal significativo durante la desintoxicación; no hay riesgo aumentado de muerte fetal ni parto prematuro.

El síndrome de abstinencia asociado con la cesación de sustancias como los psicoestimulantes no ha justificado el uso de psicofármacos.

En cuanto a las manifestaciones del SAN, por lo general aparecen primero los signos relacionados con el sistema nervioso central –incluyendo irritabilidad, nerviosismo, temblores y llanto excesivo–. La hiperirritabilidad, que es un sello distintivo de este síndrome, puede conducir a agitación, dificultad para dormir y llanto inconsolable. El llanto excesivo de tono alto, incontrolable, requiere inmediata atención.

Los temblores, el reflejo de Moro exagerado, la hipertonía, y las mioclonías son más frecuentes durante la discontinuación de metadona. Estos signos pueden imitar a las convulsiones y puede requerirse un electroencefalograma (EEG) para la confirmación.

Se observan convulsiones en el 2% al 11% de los neonatos con SAN. Se trata de una manifestación grave de la discontinuación y deben ser tratadas inmediatamente. Se desconoce su causa precisa, aunque el umbral para la capacidad convulsiva puede verse disminuido debido a la regulación positiva de los canales de sodio como resultado de la inestabilidad del receptor.

En los neonatos con SAN, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, el tono muscular y otras respuestas fisiológicas a estímulos se presentan deterioradas, debido a la desregulación y a la inestabilidad del sistema nervioso autónomo. Otros signos del sistema nervioso autónomo incluyen

inestabilidad de la temperatura, sudoración y estornudos.

La aparición, duración y gravedad del SAN dependerá de varias características de las drogas consumidas por la madre (tipo, cantidades, vida media, capacidad de unión al receptor, afinidad con el receptor, capacidad de transferencia placentaria y otras propiedades farmacológicas).

Por otra parte, el SAN puede verse afectado por el tiempo transcurrido desde la última dosis, la duración de la exposición, la acumulación total de la exposición y la multiplicidad de sustancias a las que el neonato haya estado expuesto.

Valoración del Síndrome de Abstinencia Neonatal: la Escala de Finnegan

Interpretación de la Escala Finnegan	
0-7	No hay Síndrome de Abstinencia.
8-12	Síndrome de Abstinencia leve o moderado.
13-16	Síndrome de Abstinencia moderado-severo.
> 16	Síndrome de Abstinencia severo.

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

Ningún sistema de puntuación es perfecto y todos están sujetos a una fuerte variabilidad inter-observador. No obstante, las escalas de Finnegan modificadas siguen siendo la herramienta más comúnmente utilizada en la actualidad.

Este sistema es utilizado también para la evaluación de la discontinuación de opioides y no opioides.

Esta escala también ayuda en el monitoreo, la titulación y la finalización de la terapia.

La evaluación se debe realizar después de la alimentación, a intervalos de 3-4 horas, cuando el lactante está despierto. La puntuación debería representar el estado del neonato, tanto en el momento de la evaluación como durante el período de tiempo precedente. Por lo general, estos sistemas de puntuación resultan útiles para los recién nacidos a término, aunque no para los lactantes prematuros.

Diagnóstico diferencial

Se deben descartar trastornos metabólicos como hipoglucemia, hipocalcemia e hipomagnesemia, o procesos sépticos. Antes de comenzar un tratamiento para el SAN, siempre se debe realizar un hemograma y una análisis bioquímico con reactantes de fase aguda, aunque estemos ante un niño/a, hijo de una persona que ha manifestado consumir de sustancias psicoactivas.

Tabla 6: Síntomas asociados con el Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) y los cambios de neurotransmisores.

Síntoma	Mecanismo fisiopatológico
Hiperfagia	Corticotropina
Hiperirritabilidad	Dopamina
Ansiedad	
Diarrea	Acetilcolina
Vómitos	
Sudoración	
Hipertermia	Noradrenalina
Temblores	
Hipertensión	
Taquicardia	
Problemas de sueño	Serotonina

Los síntomas de abstinencia de opiáceos en el neonato pueden estar presentes al nacer; sin embargo, generalmente se presentan a los 3 a 4 días, o incluso a los 10 a 14 días después del nacimiento. Existe evidencia de que estos síntomas pueden persistir en forma subaguda incluso hasta los 4 a 6 meses después del nacimiento.

Características comunes

Pautas de cuidado del Síndrome de Abstinencia Neonatal

Intervenciones

- Para evaluar la severidad y la evolución del cuadro proponemos la Escala de Finnegan modificada.

Interpretación

- La evaluación del SAN debe ser continuada cada 4 horas, hasta que el recién nacido se haya estabilizado.
- Los neonatos con 3 puntajes consecutivos > 8, deben ser tratados.

Cuidado postnatal

- El RN con riesgo de SAN debe ser cuidadosamente monitoreado en el hospital para evaluar la presentación de los síntomas, que es variable, dependiendo de la historia materna respecto del consumo de drogas.
- El RN cuya madre recibió una baja dosis de barbitúricos con corta vida media, seguramente no presente síntomas hasta después del 3er día de vida. En el RN cuya madre consumió metadona (de larga vida media) los síntomas se pueden presentar a partir de 5-7 días de vida.
- El tratamiento inicial consistirá en disminuir los estímulos luminosos y sonoros.
- Se recomienda tamizaje materno de comorbilidades, como Hepatitis B, C, VIH y Sífilis.
- Algunos neonatos con un puntaje severo en la Escala de Finnegan requieren terapia endovenosa de electrolitos y fluidos.
- En lo posible, si no hay otra contraindicación y la madre se incorpora a un tratamiento para superar su adicción, se recomienda continuar con la lactancia mientras el bebé aumente de peso.

Cuidado no farmacológico

La terapia no farmacológica es la **primera opción en todos los casos** y puede ser suficiente en casos de abstinencia leve.

Consiste en disminuir al mínimo los estímulos sensoriales y nociceptivos (por ejemplo: manipular al niño con movimientos suaves, bajo luz tenue y con mínimo nivel de ruido) y alimentarlo a demanda y evitar despertarlo mientras duerme.

El arropamiento disminuye la estimulación, alivia los momentos de llanto y promueve un sueño más sostenido. En todos los recién nacidos deben implementarse prácticas continuadas de estimulación mínima con luz tenue y bajo nivel de ruido para favorecer la contención del niño en entornos tranquilos, que faciliten un buen desarrollo.

Si la lactancia no está contraindicada, se propone alimentación frecuente que, junto con el chupete, puede ayudar a calmar a los niños.

Para controlar la gravedad de la abstinencia, puede ser especialmente importante estar alerta con respecto a los signos tempranos de irritabilidad del recién nacido. Si los padres, voluntarios y cuidadores están disponibles inmediatamente, pueden calmar y aliviar a los niños antes de que se inicie el ciclo de irritabilidad, llanto excesivo, mala alimentación y falta de sueño. Es recomendable que se mantengan los mismos cuidadores, porque van a dar siempre respuestas similares a los requerimientos del niño transmitiéndoles tranquilidad y seguridad.

La internación conjunta de la madre y el niño también contribuye a disminuir la gravedad de la abstinencia. Es conveniente animar a la madre a participar, la contención y el cuidado continuo puede ayudar a evitar la intervención farmacológica y conduce, además, al alta hospitalaria más temprana.

El tratamiento se considera adecuado si el bebé mantiene ciclos rítmicos de alimentación y sueño, y tiene un aumento de peso óptimo.

Los objetivos integrales del tratamiento son cuatro:

- 1 Apoyar las funciones vitales y el desarrollo del niño (nutrición, sueño, interacción social).
- 2 Favorecer el vínculo (atención en internación conjunta, con lactancia si es posible).
- 3 Prevenir complicaciones (deshidratación, pérdida de peso, lesiones de la piel, descanso inadecuado, hiperactividad del SNC, convulsiones).

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico deberá iniciarse si aparece clínica de SAN con puntuación > 8 en la Escala de Finnegan, en 3 determinaciones separadas por 2 horas.

El principal objetivo es aliviar los signos de moderados a graves, como convulsiones, fiebre, pérdida de peso o deshidratación. No existe, a nivel mundial, un protocolo estandarizado acerca de la dosis, duración y destete de la medicación. En cambio, sí existe consenso en afirmar que la farmacoterapia de primera línea consiste en el reemplazo de opioides con una solución de morfina oral o metadona.

La morfina es un agonista completo del receptor opioide μ (μ), con características farmacocinéticas bien establecidas. Disminuye la incidencia de convulsiones, mejora la alimentación, elimina la diarrea, disminuye la agitación y puede controlar los síntomas severos. Sin embargo, el tratamiento con morfina también prolonga el tiempo de internación. Debido a que la morfina tiene una corta vida media, debe ser proporcionada cada 3-4 horas. La dosis de morfina puede ser elevada rápidamente ante puntuaciones más altas en la Escala de Finnegan. Sin embargo, el destete debe ser gradual.

La metadona es un opioide sintético con una vida media más prolongada (25 a 32 horas), que puede proporcionar una concentración sanguínea más constante a lo largo del tiempo y, por ello, suele ser

administrada cada 12 horas. La dosis de metadona también puede ser aumentada o reducida dependiendo de la severidad de la puntuación.

El fenobarbital es el fármaco no opiáceo de elección para el SAN. En el SAN opioide, el fenobarbital es utilizado como complemento de la morfina o la metadona. A la dosis administrada para la abstinencia, esta droga no previene las convulsiones ni mejora los síntomas gastrointestinales. Sin embargo, es ventajoso como adyuvante, especialmente en los lactantes que sufren la abstinencia de varias drogas de abuso, generalmente más severa y prolongada.

La clonidina, un agonista de los receptores α -adrenérgicos de acción central, ha sido estudiada como única terapia de reemplazo o como terapia adjunta, aunque el riesgo teórico de hipotensión y bradicardia puede contraindicar el aumento de su dosis. Los niveles de clonidina y de fenobarbital pueden ser monitoreados y ambos son beneficiosos para disminuir la duración del tratamiento y evitar el uso de dosis más altas de morfina o metadona.

El tratamiento farmacológico varía según la droga que desencadene el SAN Se adjunta el esquema que se presentó como recomendado en la bibliografía revisada.

Tabla 7: Tratamiento farmacológico del SAN

SAN (droga)	Tratamiento	Dosis	Retirada
Opiáceos Heroína, morfina, metadona.	Metadona	0,05-0,1 mg/kg/dosis cada 6 hs. (IM, IV, PO) Incrementos: 0,05 mg/kgw/dosis	Espaciar intervalos. Disminuir 10% dosis semanal.
	Morfina	0,04 mg/kg/dosis cada 3-4 hs. (PO) Incrementos: 0,04 mg/kg/dosis hasta control clínico.	
Cocaína Anfetaminas	Fenobarbital	Inicio: 20 mg/kg (IM, IV) Mantenimiento: 2,8 mg/kg/día cada 8-12-24 horas (PO) (individualizar) Incrementos del 10%. Control de niveles: 20-30 mg/L.	Disminuir 10-20% tras 1 semana asintomático. Retirar con 2 mg/kg/día.
Cannabis	Fenobarbital	Inicio: 20 mg/kg (IM, IV) Mantenimiento: 2,8 mg/kg/día cada 8-12-24 horas (PO) (individualizar) Incrementos del 10%. Control de niveles: 20-30 mg/L.	
Fármacos (hipnóticos, barbitúricos, Alcohol) Benzodiazepinas	Fenobarbital	Misma pauta que cocaína.	Disminuir 10-20% dosis diaria.
	Diazepam	0,3-0,5 mg/kg/dosis cada 6-8 hs. (IV, IM, PO)	
Policonsumo	Fenobarbital	Misma pauta que cocaína.	

(13) (14) Modificado de Moraes y Queensland clinical guidelines.

Los medicamentos sólo se requieren cuando:

- la terapia de apoyo no controla los signos y síntomas;
- las puntuaciones de abstinencia siguen siendo altas;
- se observan signos graves (tales como convulsiones);
- La discontinuación se asocia con deshidratación severa debido a diarrea o vómitos.
- Las demoras en la administración de la terapia farmacológica se asocian con mayor morbilidad y estancias hospitalarias más prolongadas.

Se consideran de elección: la Metadona en el SAN por retiro de opioides y el Fenobarbital para el resto de SAN, dependientes del retiro de alcohol o BZD.

Durante el seguimiento post alta, los niños con SAN requieren las siguientes evaluaciones del neurodesarrollo para identificar déficits motores, retrasos cognitivos o microcefalia relativa;

- psico-conductuales para identificar hiperactividad, impulsividad y déficit de atención en los niños en edad preescolar, así como ausentismo escolar, fracaso escolar, y otros problemas de comportamiento en niños en edad escolar;
- oftalmológica para identificar nistagmo, estrabismo, errores de refracción y otros defectos visuales;
- del crecimiento y nutricional, para identificar fallo de medro y baja talla;
- del entorno familiar, para excluir el abuso materno continuo de sustancias y el maltrato infantil.

Los agentes más utilizados para el tratamiento farmacológico del SAN son la morfina, la metadona y el fenobarbital. Sus dosis se calculan sobre la base del índice de severidad. Las dosis se van incrementando progresivamente hasta conseguir una puntuación menor o igual a 8 en la Escala de Finnegan.

Manejo de la privación según el puntaje SAN

- Si el puntaje es ≥ 8 por 3 veces consecutivas, o bien > 12 por 2 veces consecutivas, hospitalizar y reiterar cada 4 horas hasta que sea < 8 durante 24 horas seguidas.
- Con puntaje > 8 y madre usuaria de opiáceos (morfina, metadona, heroína), usar drogas depresoras del SNC (la morfina es mejor que el fenobarbital para prevenir las convulsiones).

Régimen de la morfina

Puntaje SAN	Acción
≥ 8 por 3 veces consecutivas	Morfina 0,04 mg/kg cada 4 horas, VO. Si no hay respuesta, la dosis inicial se incrementa en 0,04 mg/kg/dosis La dosis máxima es 0,2 mg/kg/dosis

Después de 48 horas de descenso continuado en el puntaje de Finnegan, reducir la morfina 0,05 mg /kg/dosis, cada 4 días. El tiempo usual del tratamiento con morfina es de 1-2 meses

Manejo del RN con privación y vómitos

- Asegurarse de que el niño no esté sobrealimentado.
- Dar morfina antes de alimentarlo. Si vomita durante los 10 minutos

posteriores, repetir la dosis completa; si vomita después de 10 minutos, repetir la mitad de la dosis. Si vomita lejos del momento de la alimentación, no repetir la dosis.

Privación por depresores del SNC

Por ejemplo: para privación de alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos, usar fenobarbital.

Régimen del fenobarbital (FNB)

Puntaje SAN	Acción
≥ 8 por 3 veces consecutivas	Inicial: FNB 15 mg/k/dosis (EV) Luego: 6 mg/k/día, en dos dosis.
Si persiste puntaje > 8 a pesar de FNB	FNB 8 mg/kg/día, en dos dosis (VO)
Si persiste el puntaje de >8 a pesar de FNB 8 mg/kg/día.	FNB 10 mg/k/día, en dos dosis (VO)
Con dosis de 10 mg/k/ día.	Monitor cardiorrespiratorio.

- Cuando el puntaje baje de nivel durante 48 horas, reducir de a 2 mg por dosis.
- Verificar adecuada alimentación y buena ganancia ponderal.
- Si la madre está estabilizada con metadona, reiniciar lactancia.

Planificación del egreso.

- En conjunto, el equipo multidisciplinario, previa identificación de la posibilidad de cuidados en el hogar.
- Procurar una visita programada pre-alta por parte del equipo salud

tratante al domicilio.

- Si no pueden cumplirse los dos puntos anteriores, buscar opciones alternativas en consulta con la representación local del Consejo de protección de los derechos niños, niñas y adolescentes.
- Informar a la familia y proporcionar recursos adecuados para el la contención ya que algunos pacientes estarán irritables y tendrán mayores necesidades a pesar de haber suspendido la terapia medicamentosa.

“ Conclusiones ”

Cualquier tipo de consumo de sustancias psicoactivas en la gestación sin indicación médica es perjudicial.

Los consumos de sustancias psicoactivas en la población se encuentran en aumento, los profesionales de la salud tenemos la responsabilidad de informar sobre los riesgos de los mismos para el desarrollo de la gestación:

- El alcohol es la principal causa evitable de retardo mental
- El consumo de cannabis se encuentra en aumento y existe una baja percepción del riesgo
- La cocaína y sus derivados en algunos estudios fueron las sustancias que con más frecuencia se encontraron en muestras de orina por sobre el alcohol y el cannabis.

Este tema debe ser abordado desde la visita preconcepcional o desde el primer contacto de la persona gestante con el sistema de salud de manera respetuosa y generando un clima de confianza.

La persona que consume de manera problemática, es una persona que padece y debe ser acompañada con un enfoque interdisciplinario, integral e integrado que le permita confiar en el sistema de salud para encarar los cambios posibles.

Pero, al mismo tiempo, se debe tener en cuenta el consumo de sustancias como diagnóstico diferencial en situaciones clínicas como hipertensión en el embarazo, retraso de crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas como gastrosquisis, microcefalia, dismorfias faciales, fisura labio alveolo palatina, enterocolitis necrotizante.

Las decisiones relacionadas con el inicio y el sostenimiento de la lactancia en la diada expuesta a consumos problemáticos de sustancias son complejas y deben ser abordadas en forma interdisciplinaria, con una estrategia centrada en el paciente y basada en evidencia.

La presente guía brinda información sobre el cuidado y el seguimiento del recién nacido expuesto a situaciones de consumos problemáticos y al síndrome de abstinencia neonatal, abordando los distintos tipos de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Esperamos que el contenido de este material sea útil para acompañar a los equipos de salud en la prevención, el abordaje y el alojamiento de esta problemática en el sistema de salud.

**“ ANEXO 1:
Valoración del grado
del Síndrome
de Abstinencia Neonatal
(SAN) a opiáceos
-Escala de Finnegan
modificada- ”**

Valoración del grado del Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) a opiáceos -Escala de Finnegan modificada-

SIGNOS Y SÍNTOMAS	PUNTOS
Alteraciones del Sistema Nervioso Central (SNC)	
Llanto excesivamente agudo (u otro)	2
Llanto agudo continuo (u otro)	3
Duerme < 1 hora después de la toma	3
Duerme < 2 horas después de la toma	2
Duerme < 2 horas después de la toma	1
Reflejo de Moro hiperactivo	2
Reflejo de Moro marcadamente hiperactivo	3
Temblores leves a la estimulación	1
Temblores moderados-fuertes a la estimulación	2
Temblores leves espontáneos	3
Temblores moderados-fuertes espontáneos	4
Hipertonía muscular	2
Escoriaciones (especificar el lugar)	1
Sacudidas mioclónicas	3
Convulsiones generalizadas	
Alteraciones metabólicas, vasomotoras o respiratorias	
Sudoración	1
Fiebre < 38,4 °C	1
Fiebre ≥ 38,4 °C	2
Bostezos frecuentes (> 3-4 veces/intervalo)	1
Reacción cutánea macular o piel marmorata	1
Falta de ventilación nasal o congestión nasal	1
Estornudos (> 3-4 veces/intervalo)	1
Aleteo nasal	2
Frecuencia respiratoria > 60/min	1
Frecuencia respiratoria > 60/min con tiraje	2
Alteraciones gastrointestinales	
Succión excesiva	1
Mala alimentación	2
Regurgitación	2
Vómitos en proyectil	3
Deposiciones pastosas	2
Deposiciones acuosas	3

**“ ANEXO 2:
Patologías neonatales
asociadas
al consumo de
sustancias. ”**

Trastorno Espectro Alcohólico Fetal (TEAF)

Síndrome Alcohólico Fetal (SAF)

Existe una evidencia sustancial de que la exposición prenatal al alcohol causa daño al feto en desarrollo. Dicha exposición es comúnmente una de las principales causas de defectos de nacimiento y discapacidades del desarrollo.

Se denomina trastornos del espectro del alcoholismo fetal (TEAF) a todas las alteraciones observadas en los hijos de madres con consumo gestacional de etanol.

Los niños expuestos al alcohol durante el desarrollo fetal pueden sufrir múltiples efectos. Si bien el número y la gravedad de los efectos varían desde leves a graves, las consecuencias negativas se manifiestan a lo largo de toda la vida.

Los TEAF engloban, por un lado, a los casos específicos de SAF, los trastornos congénitos relacionados con el alcohol (TCRA), y los trastornos del neurodesarrollo relacionados con el alcohol (TNRA) como los describe en la siguiente tabla.

Síndromes clínicos provocados por la exposición prenatal al etanol (EPE)

Trastornos del espectro del alcoholismo fetal (TEAF)	
SAF	Síndrome alcohólico fetal
	Trastornos del crecimiento pre y/o postnatal (RCIU, BPEG, BPN).
	Trastornos del neurodesarrollo o disfunción del SNC.
	Características faciales distintivas.
TCRA	Trastornos congénitos relacionados con el alcohol
TNRA	Trastornos del neurodesarrollo relacionados con el alcohol

El CDC (Centro para el Control de Enfermedades en Estados Unidos) ha informado tasas de prevalencia de SAF de 0,2 a 1,5 casos por cada 1.000 nacimientos en diversas poblaciones. Si se considera a todos los trastornos del espectro del alcoholismo fetal asciende hasta 10 casos por cada 1.000 nacimientos.

Estas prevalencias son comparables con otras morbilidades que tienen mayor visibilidad para el sistema de salud y la sociedad en general como el Síndrome de Down o las malformaciones del cierre del tubo neural.

Diagnóstico de SAF

El diagnóstico clínico del SAF se basa principalmente en tres pilares :

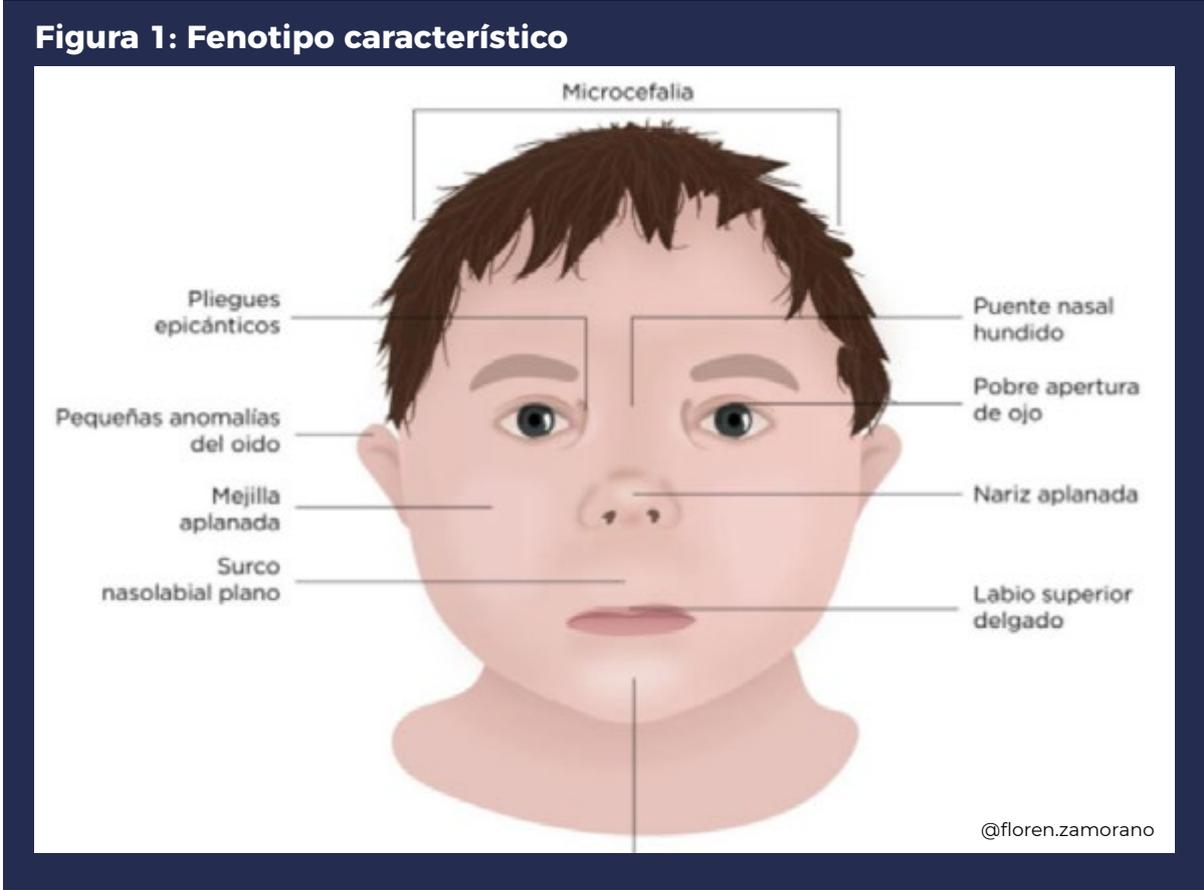
- el retraso del crecimiento intrauterino y postnatal;
- un dimorfismo facial característico; y
- anomalías del neurodesarrollo en el SNC, en el contexto de una madre fuertemente bebedora de etanol durante la gestación.

El retraso del crecimiento comienza en el período prenatal, retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU). Los niños nacen con bajo peso si lo hacen a término (BPN), o frecuentemente con bajo peso para la edad gestacional si son prematuros (BPEG). La talla también suele ser baja. -Luego del nacimiento tienen mal progreso pondoestatural. Son niños característicamente pequeños.

El fenotipo de los niños afectados tiene características particulares durante la

primera infancia: la frente pequeña y está asociada a la microcefalia; el puente nasal es aplanado, las alas nasales son pequeñas; los ojos son pequeños y están muy próximos entre sí, las hendiduras palpebrales son estrechas y presentan ptosis del párpado superior. Puede presentar un pliegue epicanto o epicanto invertido o blefarofimosis (cuando la ptosis palpebral se presenta junto con hendiduras estrechas y pliegue epicanto); la región media de la cara es hipoplásica; el labio superior es

característicamente fino, delgado, recto y está como “arremangado” hacia adentro, mostrando muy poco el bermellón (a veces puede haber fisura de labio con fisura de paladar o sin él); el filtrum (surco nasolabial) está notablemente aplanado (borrado), los dientes pueden ser pequeños, hipoplásicos y con esmalte defectuoso; los pabellones auriculares pueden tener implantación baja y estar malformados; cuando nacen, suele existir un notable hirsutismo, marcado en la piel peri facial. (Figura1)



De acuerdo al CDC (Centro de Control de Enfermedades), el NTFFAS/FAE (National Task Force on Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect), y otros grupos de trabajo de expertos en la investigación, diagnóstico y tratamiento del SAF, se establecieron los siguientes criterios diagnósticos:

- Dismorfias faciales
- Problemas de crecimiento
- Anomalías del sistema nervioso central
- Exposición intrauterina al alcohol

Dismorfias faciales

Sobre la base de los estándares raciales, exhibe individualmente tres características faciales específicas:

- Filtrum liso;

- Afinamiento del labio superior y del borde del bermellón del labio superior;
- Fisuras palpebrales estrechas en "O" por debajo del percentil 10.

Figura 2: Rangos obtenidos de la guía de filtrum-labio.

Fuente: Guía del filtrum de la Universidad de Washington. Las imágenes se utilizan para clasificar el ancho y la prominencia del filtrum. El filtrum (o surco naso-labial) es el canal vertical comprendido entre la nariz y el labio superior. En la muestra, que refleja la gama completa de grosores del labio superior y de ancho del filtrum, el rango 3 representa la media poblacional. Los rangos 4 y 5 reflejan el labio delgado y el filtrum aplanado que caracteriza al fenotipo del Síndrome de Alcohólico Fetal (SAF). Esta serie se usa para los individuos caucásicos y para cualquier otra raza o combinación de ellas cuyos labios autóctonos sean similares a los caucásicos. (© Copyright 2022, Susan Astley Hemingway PhD, University of Washington). Es posible solicitar versiones digitales gratuitas de estas imágenes para su uso en teléfonos celulares a astley@uw.edu.



Figura 3: Medición de las hendiduras palpebrales (distancia entre el endocanto y el exocanto)

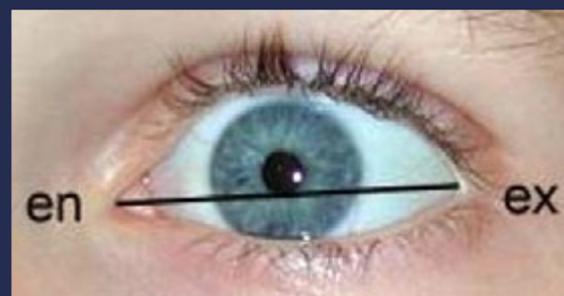
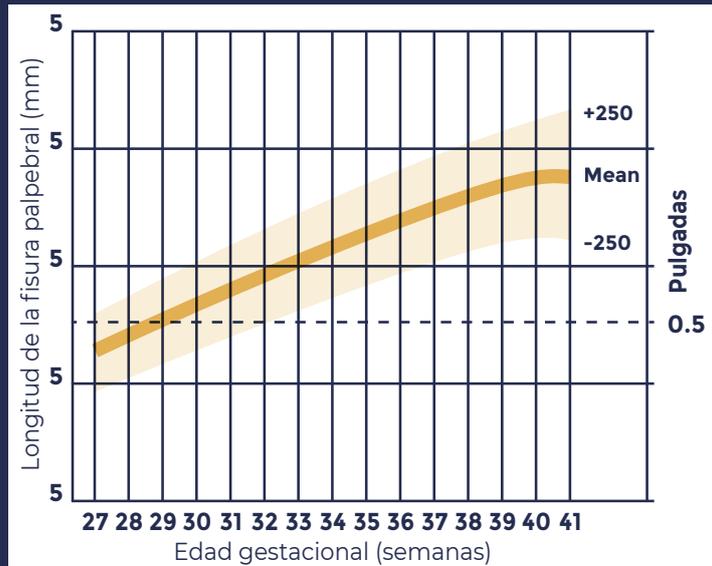


Figura 4. Percentiles de longitud de hendidura palpebral en hombres y mujeres (obtenida del libro de mediciones antropométricas de Judith Hall)



Problemas de crecimiento

Altura o peso prenatal o postnatal confirmado, o ambos, igual o inferior al percentil 10, documentado en cualquier momento (ajustado por edad, sexo, edad gestacional y raza u origen étnico).

Anomalías del Sistema Nervioso Central

I. Anomalías estructurales

1. Circunferencia cefálica (CC) en o por debajo del percentil 10 ajustado por edad y sexo.
2. Anormalidades cerebrales clínicamente significativas, observables mediante imágenes.

II. Anomalías Neurológicas

Problemas neurológicos no debidos a una injuria postnatal, o bien fiebre u otros signos neurológicos fuera de los límites normales.

III. Anomalías funcionales

Rendimiento sustancialmente inferior al esperado para la edad, la escolaridad o las circunstancias de un individuo:

1. Los déficits cognitivos o intelectuales globales que representan múltiples dominios de déficit (o retraso en el desarrollo en niños más jóvenes) con un rendimiento inferior al percentil 3 (2 desvíos estándar por debajo de la media para las pruebas estandarizadas). O bien...

2. Deficiencias funcionales por debajo del percentil 10 (1 desviación estándar por debajo de la media para pruebas) en al menos tres de los siguientes dominios:
 - déficits cognitivos o de desarrollo, o discrepancias;
 - déficit de funcionamiento ejecutivo;
 - retrasos en el funcionamiento motor
 - problemas de atención o hiperactividad;
 - habilidades sociales;
 - otros (como problemas sensoriales, problemas lingüísticos pragmáticos, déficit de memoria, etc.)

Exposición al alcohol materno

- I. Confirmación de la exposición prenatal al alcohol.
- II. Exposición desconocida de alcohol prenatal.

Criterios para el diagnóstico de SAF

El diagnóstico de SAF requiere los tres resultados siguientes:

1. Documentación de las tres anomalías faciales (filiforme liso, borde fino de bermellón, y pequeñas fisuras palpebrales).
2. Documentación de déficit de crecimiento.
3. Documentación de la anomalía del SNC

Defectos Congénitos Relacionados con el Alcohol (DCRA)

Se describen los defectos congénitos relacionados con el consumo materno de alcohol. Existen hallazgos de Defectos Congénitos Relacionados con el Alcohol (DCRA) que no cumplen con los criterios para diagnóstico de SAF, pero están estrechamente relacionados.

	Frecuente (entre un 25 a un 50%)	Menos frecuente (menor a un 25%)
Pre y perinatales	Retraso del crecimiento intrauterino bajo peso para la edad gestacional bajo peso al nacer	
Craneofaciales	Microcefalia, ptosis palpebral, estrabismo, hipertelorismo, pliegue epicanto, puente nasal plano, filtrum ausente o hipoplásico, rotación posterior de las orejas, bordes palatinos laterales prominentes.	Miopía microftalmia clínica, blefarofimosis, conchas auriculares malformadas, orejas en "vías de ferrocarril" (rail-road track ear). Fisura de labio o paladar, dientes pequeños con esmalte defectuoso.
Cardíacas	Soplos (especialmente durante la primera infancia). Comunicación interauricular (CIA).	Comunicación interventricular (CIV), anomalías de los grandes vasos. Tetralogía de Fallot.
Renogenitales	Hipoplasias labiales.	Hipospadias, riñones hipoplásicos y mal rotados, hidronefrosis.
Cutáneas	Hemangiomas capilares, pliegues de extensión palmar: (único, en palo de hockey)	Hirsutismo, hipoplasia ungueal (especialmente en el meñique).
Esqueléticas	Pectus excavatum	Reducción de la movilidad articular, especialmente de los dedos y codos. Polidactilia. Sindactilia. Sinostosis radiocubital. Pectus carinatum, Apófisis xifoides bifida. Luxación congénita de cadera. Deformidades en la flexión de los dedos. Anomalía de Klippel-Feil. Escoliosis.
Musculares		Hernias diafragmáticas, umbilicales o inguinales, diástasis del recto anterior del abdomen.

Trastornos del neurodesarrollo relacionados con el alcohol (TNRA)

Se incluyen todos aquellos hallazgos que representan un daño morfológico o funcional del SNC.

Además de la microcefalia, se pueden observar defectos del cierre del tubo neural, holoprosencefalia y esquizencefalia; alte-

raciones del desarrollo del cuerpo calloso (desde las hipoplasias localizadas hasta la agenesia total); hipoplasias del vermis y alteraciones en la foliación del cerebelo; distintos tipos de displasias corticales, desde las que pueden ponerse en evidencia con estudios de imágenes como las lisencefalias y macrogurias, las polimicrogurias, o las heterotopías nodulares y en banda hasta las que sólo pueden observarse por microscopia.

Diagnósticos diferenciales de síndromes similares al SAF

Existen muchos síndromes diferenciales, de los cuales se describen brevemente los más conocidos en la siguiente tabla.

Diagnósticos diferenciales de síndromes similares al SAF

Síndrome		Características similares	Características diferenciales
Síndrome de Aarskog		Nariz pequeña con narinas antevertidas, filtrum amplio hipoplasia maxilar, ojos desplazados	Cara redondeada, desviación inferior externa de las fisuras palpebrales, implantación del cabello tipo pico de viuda, surco en labio superior, problemas en la erupción dental.
Síndrome de Williams		Fisuras palpebrales cortas, narinas antevertidas, filtrum largo, puente nasal deprimido, pliegue epicanto.	Boca amplia con mejillas llenas, patrón del iris estrellado, párpados algodonosos, desorden en el tejido conectivo.
Síndrome de Noonan		Puente nasal deprimido, ojos espaciados, pliegue epicanto.	Desviación ínfero-interna de las fisuras palpebrales, keratocorno, boca amplia, labio superior protruyente.
Síndrome de Cornelia De Lange		Filtrum largo, borde bermellón afinado, narinas antevertidas, puente nasal deprimido.	Sinofris, cejas hirsutas y arqueadas, pestañas largas, paladar alto, miembros cortos.

Detección de drogas: ¿Cómo y cuándo?

La muestra toxicológica

No se recomienda la pesquisa universal de drogas ilícitas en orina. Ésta debe ser un complemento de una adecuada anamnesis en relación con el consumo de drogas por la madre y ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de síntomas compatibles, o en el niño, con sintomatología que no se pueda justificar por otras causas 2 (por ejemplo, RCIU sin otra causa que lo justifique, complicaciones del sistema nervioso central inexplicables en el recién nacido, etc.)⁽⁹⁾⁽¹⁷⁾.

Las desventajas del método son la baja sensibilidad (37% al 52 %) y el hecho de que sólo detecta el consumo realizado en las 72 horas anteriores. En particular, para la cocaína se detecta únicamente cuando hubo niveles elevados de consumo. Las muestras deben rotularse adecuadamente para asegurar la integridad de los resultados analíticos.

Muestra de orina

Indicaciones para realizar la prueba de detección de sustancias psicoactivas en

orina del recién nacido. Se debe informar a la madre que se le va a realizar este estudio al recién nacido explicando los motivos.

Se recomienda tomar la muestra en caso que el Neonato presente las siguientes características:

- ausencia de controles prenatales de salud;
- hipertensión arterial materna de difícil manejo;
- *Abruptio placentae*;
- parto pretérmino sin causa aparente y de manera imprevista;
- retardo de crecimiento intrauterino;
- accidente cerebrovascular en la madre;
- comunicación actual o historia de uso de drogas;
- alteración del comportamiento o estado mental materno compatible con consumo de sustancias;
- complicaciones del sistema nervioso central inexplicables en el recién nacido;
- síntomas compatibles con abstinencia a drogas en el recién nacido;
- cambios en la conducta neonatal.

Procedimiento para su recolección:

- recoger la muestra en un recipiente limpio;
- resultan útiles las orinas ocasionales (lo más precozmente posible al contacto con el tóxico);
- supervisar por un profesional de la salud la toma de muestra, para evitar que se reemplace la muestra por la de otra persona o se diluya la muestra con agua.* Las muestras de orina pueden ser almacenadas refrigeradas (entre 4°C y 8°C) hasta por una semana. Para periodos más prolongados (semanas o meses), se deben congelar a -20°C.

* En el ámbito de la salud perinatal, si la persona gestante comprende que la muestra tiene el objetivo de evitar el pasaje de sustancias al recién nacido y que su determinación no tiene ningún efecto punitivo, colaborará para que la calidad de la muestra sea la deseada.

Interpretación de resultados

Dado que una droga o sus metabolitos pueden ser detectados en la orina luego de transcurridos varios días a partir de su consumo, un resultado positivo no indica necesariamente que la persona esté bajo sus efectos en el momento de la toma de muestra.

También se debe tener en consideración que las pruebas para la detección de drogas de abuso por sistema de tamizaje, por tratarse de inmunoensayos, pueden dar falsos positivos a causa otras sustancias presentes en la orina, o bien debido a reacciones cruzadas con algún medicamento y una prueba negativa de detección de drogas tampoco descarta que éstas estén ausentes en la orina analizada, lo cual puede deberse a una concentración de drogas por debajo del nivel de corte establecido para la detección, o por tratarse de drogas que no están incluidas en el panel de pesquisa aplicado a la muestra.

Cómo proceder ante un resultado positivo

Frente a un resultado positivo a cocaína o cannabis está indicado suspender la lactancia de manera temporaria hasta lograr muestra de orina negativa y compromiso en el tratamiento de deshabitación por parte de la paciente.

Si la madre manifiesta deseo de amamantar, no se indica inhibir lactancia, sino por el contrario acompañarla en el proceso de deshabitación siempre considerando que el puerperio es un periodo de mayor vulnerabilidad.

Se necesita contar con un resultado negativo de orina y compromiso en el tratamiento con el equipo de salud mental, para reanudar la alimentación con leche materna.

Se recomienda realizar orinas semanales para no discontinuar el seguimiento del paciente, sabiendo que en el caso del cannabis puede tardar hasta un mes en negativizar.

Mientras las orinas persistan positivas está contraindicada la lactancia, se deben explicar técnicas de extracción y descarte de la leche para mantener la producción evitando el desarrollo de mastitis.

“ Bibliografía ”

Versión resumida

Bibliografía Versión resumida.

1. Recomendaciones para la prevención del consumo perinatal de sustancias psicoactivas y para la contención y cuidado de las personas afectadas Versión ampliada Noviembre de 2022. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/Recomend.consumos%20problematicos_perinatales.pdf
2. **Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas.** Argentina 2017. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2017_estudio_nacional_en_poblacion_sobre_consumo_de_sustancias psicoactivas_resultados_sobre_la_poblacion_femenina.pdf
3. **Risso M, Saa G, González Alcántara M, Cortese S.** *Consumo de alcohol y drogas en embarazadas internadas en un hospital de la ciudad de Buenos Aires, Argentina.* Evaluación del impacto inicial en el recién nacido Vertex Rev Arg Psiquiatr. (2023). 34(162): 7-15
4. **López, Mariana Beatriz; Saber, Valorar y Actuar:** *Relaciones entre Información, Actitudes y Consumo de Alcohol Durante la Gestación;* Instituto de Investigación en Drogodependencias (INID) de la Universidad Miguel Hernández; Health and Addictions. Salud y Drogas.; 13; 1; 6-2013; 35-46
5. **Taire DL.** *Exposición prenatal y posnatal al humo de tabaco, nicotina, alcohol, marihuana, opioides y drogas ilícitas.* Arch Argent Pediatr 2024;122(1):e202310121.
6. **Gunn JK, Rosales CB, Center KE, Nuñez A, Gibson SJ, Christ C, Ehiri JE.** *Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis.* BMJ Open. 2016 Apr 5;6(4):e009986. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009986. PMID: 27048634; PMCID: PMC4823436.
7. **Lo JO, Shaw B, Robalino S, Ayers CK, Durbin S, Rushkin MC, Olyaei A, Kansagara D, Harrod CS.** *Cannabis Use in Pregnancy and Neonatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis.* Cannabis Cannabinoid Res. 2024 Apr;9(2):470-485. doi: 10.1089/can.2022.0262. Epub 2023 Feb 1. PMID: 36730710.
8. **Harris M, Schiff DM, Saia K, Muftu S, Standish KR, Wachman EM.** *Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #21: Breastfeeding in the Setting of Substance Use and Substance Use Disorder (Revised 2023).* Breastfeed Med. 2023 Oct;18(10):715-733.
9. **Villarreal M, Belmonte V, Abdala A, Olivares JL.** *Trayectorias sanitarias durante 4 años de niños expuestos prenatalmente a cocaína y/o cannabis. Estudio de cohorte retrospectivo en La Pampa, Argentina.* Arch Argent Pediatr. 2019 Dec 1;117(6):360-367. doi: 10.5546/aap.2019.eng.360
10. **SAP.** *Cero cannabis durante el embarazo y la lactancia.* [En línea]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p9brj7f>.
11. **Grad E, Rossato NE, Taire DL.** *Actualización de las recomendaciones sobre sueño seguro.* Arch Argent Pediatr 2023;121(6):e202310113.
12. **MSal. 2da. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS-2).** [En línea]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p9aa3ht>

13. **Moraes M, Boccarato A, Bazan G, et al.** *Consenso para la atención integral de recién nacidos expuestos a sustancias psicoactivas durante la gestación.* Arch Pediatr Urug 2010; 81(4): 251-257
14. *Queensland Clinical Guidelines. Perinatal substance use: neonatal F16.38-2-V2-R21.* [En línea]. Disponible en: www.health.qld.gov.au/qcg.
15. **Harris M, Joseph K, Hoepfner B, Wachman EM, Gray JR, Saia K, Wakeman S, Bair-Merritt MH, Schiff DM.** *A Retrospective Cohort Study Examining the Utility of Perinatal Urine Toxicology Testing to Guide Breastfeeding Initiation.* J Addict Med. 2021 Jul-Aug 01;15(4):311-317
16. **Ministerio de Salud de la Nación (2023).** *Análisis de los Determinantes de la Mortalidad Infantil Domiciliaria Estudio de la Mortalidad Infantil Domiciliaria en la República Argentina (2018- 2019).* Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/2023-mortalidadinfantil-domiciliaria.pdf>
17. **De Gaetano C, Ojeda M,** *Guía de Síndrome de abstinencia neonatal,* Servicio de Neonatología, Hospital Luis Lagomaggiore 2015.
18. **Pascale A,** *Consumo de drogas durante el embarazo. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención.* Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>

“ Banco de recursos ”

Este apartado tiene por objetivo ofrecer herramientas disponibles –ya sea en el nivel nacional, provincial o municipal– para atender este tipo de situaciones. Se incluirá la dirección, el teléfono, una dirección de correo electrónico, el nombre de un referente o responsable.

Se puede imprimir esta hoja para tenerla disponible en el servicio.

Entre los recursos pueden considerarse los siguientes:

- Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Especializado en Consumos Problemáticos y Salud Mental: 0800-999-0091 Orientación y apoyo en la urgencia de salud mental. Línea gratuita las 24 hs.
- Centros de atención toxicológica. 0800-333-0160
- Centros destinados a pacientes con comorbilidades psiquiátricas.
- Centros de Día.
- Defensoría del Pueblo.
- Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia (Senaf).
- Servicios locales o zonales de promoción y protección de derechos.
- Otros que el equipo considere.

argentina.gob.ar/salud



**Ministerio
de Salud**
República Argentina