



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA**

Incidencia de prematuridad y resultante neonatal en gestantes con problemas de consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en el Hospital General Guasmo Sur en el período comprendido entre julio 2018 a octubre 2019.

**AUTORES**

Arreaga Desiderio Diana Gertrudis

Romo Mantuano Soonyi Ada

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de**

Médico

**TUTOR:**

**Dr. Salazar Pousada Danny**

**Guayaquil, Ecuador**  
**3 de mayo del 2020**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Arreaga Desiderio Diana Gertrudis y Romo Mantuano Soonyi Ada** como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

**TUTOR**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Salazar Pousada Danny**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.**

**Guayaquil, 3 de mayo del año 2020**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, ARREAGA DESIDERIO DIANA GERTRUDIS**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Incidencia de prematuridad y resultante neonatal en gestantes con problemas de consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en el Hospital General Guasmo Sur en el período comprendido entre julio 2018 a octubre 2019.** previo a la obtención del Título de **MEDICO** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 3 de mayo del 2020**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Arreaga Desiderio Diana Gertrudis**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, ROMO MANTUANO SOONYI ADA**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Incidencia de prematuridad y resultante neonatal en gestantes con problemas de consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en el Hospital General Guasmo Sur en el período comprendido entre julio 2018 a octubre 2019.** previo a la obtención del Título de **MEDICO** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 3 de mayo del 2020**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Romo Mantuano Soonyi Ada**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

**Yo, ARREAGA DESIDERIO DIANA GERTRUDIS**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Incidencia de prematuridad y resultante neonatal en gestantes con problemas de consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en el Hospital General Guasmo Sur en el período comprendido entre julio 2018 a octubre 2019** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 3 de mayo del 2020**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Arreaga Desiderio Diana Gertrudis**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

## **AUTORIZACIÓN**

**Yo, ROMO MANTUANO SOONYI ADA**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Incidencia de prematuridad y resultante neonatal en gestantes con problemas de consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en el Hospital General Guasmo Sur en el período comprendido entre julio 2018 a octubre 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 3 de mayo del 2020**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**Romo Mantuano Soonyi Ada**

## REPORTE URKUND

URKUND	
<b>Documento</b>	<a href="#">Romo - Arreaga.docx</a> (D67001137)
<b>Presentado</b>	2020-03-30 19:06 (-05:00)
<b>Presentado por</b>	drdannysalazar@yahoo.com
<b>Recibido</b>	andres.ayon.ucsg@analysis.orkund.com
<b>Mensaje</b>	revisión Urkund <a href="#">Mostrar el mensaje completo</a>
	3% de estas 16 páginas, se componen de texto presente en 4 fuentes.

Arreaga Desiderio Diana Gertrudis

Mantuano Romo Soonyi Ada

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a todas las personas que nos colaboraron para la elaboración de esta tesis, al HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR por permitirnos realizar nuestro estudio de población, a nuestro tutor de tesis Dr. Danny Salazar a nuestros padres y familiares quienes nos han impulsado y han brindado su apoyo para realizar esta investigación.

## DEDICATORIA

Quiero dedicarlo a Dios, por permitirme vivir cada etapa de mi vida bendiciéndome y dándome fuerzas para continuar. En memoria de mi padre Guillermo Arreaga que desde el cielo me cuida y está orgulloso de mí, a mi madre Diana Desiderio por estar junto a mí en todos estos años, por ser mi pilar en mi vida y mi carrera; a mis 3 hermanos Christian, Viviana y Luis que han sido mi fortaleza, mi apoyo incondicional.

A mis Abuelos, tíos y tías que creyeron y confiaron, que han estado a mi lado en todo el proceso de mi formación como médico.

Por último, pero no menos importante a Andrés Salazar por ser siempre mi apoyo incondicional tanto emocional y académicamente.

Todo lo que he logrado es para ustedes y se los debo a ustedes. Gracias por recordarme que no importa lo que logres si no como lo logras y lo feliz que te hace.

Arreaga Desiderio Diana

## DEDICATORIA

En primer lugar, quiero agradecer a Dios y al Señor de la Divina misericordia por guiar mis pasos en esta larga caminata, por darme fuerzas para seguir adelante y darme la sabiduría necesaria para tomar buenas decisiones y conocer la misión que se me tiene encomendada.

Mis más profundos agradecimientos a mis padres que constituyen el pilar fundamental en mi vida, siendo tanto míos como de ellos los logros obtenidos. Gracias por apoyarme, tener fe en mí y ser el motor que me impulsa a seguir adelante y ser mejor persona.

Gracias a mi familia, que ha estado a mi lado en todo el proceso de mi formación como médico, dándome siempre el incentivo y el ánimo necesario para no derrumbarme frente a las adversidades que se han presentado en el camino.

Un agradecimiento especial a mis abuelitos, quienes me enseñaron que ser médico es la combinación perfecta de erudición y gentileza, ambos indispensables para desempeñar esta profesión de la mejor manera. El conocimiento en que basa el medico su accionar debe siempre ir acompañado de humanidad, empatía y amor para que su trabajo merezca la pena.

Romo Mantuano Soonyi.



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Dra. Guerrero Cedeño, Maritza Narcisa**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Yuen Chon, Vicente Enrique**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Ayón Guenkong, Andrés Mauricio**

## ÍNDICE

RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT .....	XVII
CAPÍTULO I.....	2
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO II.....	4
MARCO TEÓRICO .....	4
INDICADORES UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESTADO DE SALUD MATERNO-NEONATALES.....	6
Score Mamá .....	6
Riesgo Obstétrico .....	7
Signos De Alarma.....	10
Complicaciones Del Embarazo .....	11
Test De Apgar .....	11
EFFECTOS DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS DURANTE EL EMBARAZO .....	13
Marihuana .....	13
Cocaína .....	14
Nicotina .....	15

Alcohol.....	15
Opioides .....	16
Anfetaminas.....	16
COMPLICACIONES OBSTETRICAS – NEONATALES.....	18
Síndrome De Abstinencia. ....	19
Distrés Respiratorio .....	20
Taquicardia Fetal.....	20
Oligohidramnios.....	21
Corioamnionitis .....	22
CAPITULO III.....	24
METODOLOGÍA.....	24
Tipo de estudio .....	24
Población de estudio .....	24
Criterios de inclusión .....	24
Criterios de exclusión: .....	25
Objetivos generales y objetivos específicos.....	25
Operacionalización de las Variables .....	26
CAPITULO IV .....	28
Análisis y resultados .....	28
Tabla y gráfico 1: Distribución de complicaciones materno-neonatal .....	28

Tabla y gráfico 2.- Distribución de edad de las pacientes gestantes con consumo de drogas. ....	29
Tabla y gráfico 3: Distribución de los grados de Prematuridad en pacientes gestantes consumidoras de drogas. ....	30
Tabla y gráfico 4.- Distribución de las sustancias estupefacientes ingeridas por pacientes gestantes. ....	32
Tabla y gráfico 5: Controles obstétricos en las pacientes gestantes consumidoras de sustancias estupefacientes. ....	33
TABLAS CRUZADAS .....	34
Tabla y gráfico 6. Controles prenatal y complicaciones materno-neonatal. ....	34
Tabla y gráfico 7: Relación de los tipos de estupefacientes y complicaciones materno-fetales. ....	35
DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES .....	39
RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	41

## RESUMEN

La prematuridad es una de las complicaciones más comunes en las pacientes gestantes consumidoras de sustancia estupefacientes. El INEC informa en el 2014 que los neonatos menor a 32 semanas de gestación presentan mayor mortalidad y morbilidad. El que mujeres jóvenes consuman algún tipo de sustancia psicotrópica durante el embarazo provoca alteración del desarrollo del feto in útero, la gravedad del caso depende del tipo de sustancia y el nivel de adicción que se mantenga sobre esta. Metodología: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, de tipo observacional y descriptivo. El universo lo conforman 110 pacientes embarazadas consumidora de sustancias estupefacientes y psicotrópicas atendidas en el Hospital General Guasmo Sur en el período de julio del 2018 – octubre 2019. La incidencia de datos se realizó mediante revisión de historias clínicas y por informe ecográfico de pacientes con criterio de inclusión. Los resultados revelan que existe un mayor consumo de drogas en pacientes que oscilan entre los 27 a 30 años representando un 29,1%, la droga de mayor consumo es el estupefaciente H en un 67,3%, la prematuridad extrema es el mayor riesgo obstétrico presentado 60% de los casos. Teniendo en cuenta estos resultados las mujeres gestantes consumidoras desarrollan complicaciones que ponen en riesgo su vida y la del feto.

**Palabras clave:** prematuridad, gestantes, sustancias estupefacientes, complicaciones

## **ABSTRACT**

Prematurity is one of the most common complications in pregnant women who use narcotic substances. INEC reports in 2014 neonates younger than 32 weeks have higher mortality and morbidity. The fact that young women consume some type of psychotropic substance during pregnancy causes alteration of the development of the fetus in utero, the severity of the case depends on the type of substance and the level of addiction that remains on it. Methodology: A retrospective, observational and descriptive study was carried out. The universe is made up of 110 pregnant patients consuming narcotic and psychotropic substances attended at the General Hospital Guasmo Sur in the period from July 2018 to October 2019. The incidence of data was performed by reviewing medical records and by ultrasound report of patients with criteria of inclusion. The results reveal that there is a greater consumption of drugs in patients ranging from 27 to 30 years, representing 29.1%, the drug with the highest consumption is the narcotic drug H in 67.3%, extreme prematurity is the highest risk obstetric presented 60% of cases. Taking these results into account, pregnant women consumers develop complications that put their life and that of the fetus at risk.

**Key words:** Prematurity, Pregnant women, Narcotic substances, drugs, complication.

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

El consumo de drogas es un fenómeno social que ha aumentado en nuestra actualidad hasta el grado de afectación a las mujeres embarazadas consumidoras. Las drogas no representan una realidad única, sino que se caracterizan por una gran diversidad. Existen numerosas sustancias capaces de generar abuso y en algunos casos, dependencia. Cuando hablamos de una “droga de abuso”, hacemos referencia a una sustancia psicoactiva. Según el estudio realizado en el Hospital General Guasmo Sur encontramos a la droga H como la principal y más utilizada por las gestantes seguida de la marihuana, cocaína y el tabaco (1).

La prematuridad es una de las complicaciones más comunes en las pacientes gestantes consumidoras. La OMS considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando. En el Ecuador según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el 2014 los neonatos con menos de 32 semanas aportan la mayoría de la mortalidad y morbilidad neonatal contribuyendo con al menos el 77% de muertes neonatales que no se deben a malformaciones congénitas; siendo la prematurez y sus complicaciones la

principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal. La morbilidad neonatal de los prematuros es de magnitud variable, que depende principalmente del peso y de la edad gestacional en el nacimiento y del mismo grado que representan las intervenciones y procedimientos terapéuticos (1). El que mujeres jóvenes consuman durante el embarazo provoca la alteración del desarrollo del feto dentro del vientre, y es considerable saber que la gravedad del caso depende del tipo de sustancia y el nivel de adicción que se mantenga sobre esta. No hay suficientes estudios que analicen a profundidad cuales son las complicaciones más comunes del parto pretérmino como consecuencia de madres consumidoras de sustancias psicotrópicas y estupefacientes. La siguiente investigación tiene como argumento principal el contemplar el estudio de las madres jóvenes en el país las cuales por diferentes motivos son consumidoras habituales de dichas sustancias durante el periodo o lapso de gestación. En el mismo explicaremos de forma detallada los efectos nocivos que provoca el consumo de este tipo de drogas las cuales al ser sustancias psicotrópicas complican no solo a los fetos, neonatos sino a su propia vida.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

Uno de los principales problemas que enfrenta hoy en día la sociedad y que pone en alerta a las autoridades, tanto nacionales e internacionales es el consumo de sustancias psicoactivas en embarazadas. Se estima a nivel mundial 183.000 muertes atribuidas al consumo de drogas. Un estudio realizado por parte del Kaiser Permanente Northern California Health care system informó que el consumo general de drogas aumentó en un 4% el año 2009 y que este presentó un incremento al 7% el 2016, correspondiente a los rangos de 15 a 17 años con un porcentaje del 14.6%, 18 a 25 años 8.6% y de 26 a 44 años 3.2% (2,3). Una sustancia psicoactiva que estimula predominantemente el sistema nervioso central que ocasiona alteraciones en el estado de ánimo y conciencia de la persona, tales como euforia, excitabilidad motora, irritabilidad, falta de apetito, inquietud, pérdida de peso, paranoia, congestión nasal, hipertermia; se la denomina "Droga de abuso".

Numerosos estudios realizados han señalado que el uso y abuso de estas sustancias psicoactivas durante la gestación (3) causan diversas complicaciones tanto para la madre y el neonato, incluyendo no solamente la etapa fetal, sino también la etapa del puerperio. Las consecuencias causadas por estas drogas tóxicas han sido observadas en la placenta, embrión y feto, como resultado de la

influencia de estas sustancias capaces de traspasar la barrera hemato-placentaria, obtenemos niños con bajo peso al nacer (menor a 2500 gramos), partos prematuros (menores de 37 semanas), con restricción de crecimiento intrauterino severo acompañado en algunos de los casos con síndrome de abstinencia y malformaciones congénitas.

La prematuridad es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el nacimiento que ocurre antes de completarse las 37 semanas, desde el primer día del último periodo menstrual. No existe una clasificación universal sobre la prematuridad, pero la siguiente es una de las más aceptadas entre las cuales está prematuro extremo nacido antes de las 28 semanas de gestación. Afortunadamente en este subgrupo solo se encuentran el 1-2% de todos los nacidos vivos y recién nacido muy prematuro nacido entre las 29 y 31,6 semanas de gestación (2,3). Los dos grupos anteriores constituyen, aproximadamente el 20% del total de prematuros. Son los que tienen afectaciones más graves a corto y a largo plazo, más mortalidad y los que absorben la mayor parte de recursos económicos, tiempos de asistencia y de investigación en neonatología.

Mujeres con historia de parto prematuro antes de las 34 semanas es considerado el factor de riesgo más importante. En las cuales las complicaciones de las gestantes actuales encontramos gestación múltiple, sangrado en el 2º y 3º trimestre, alteraciones del volumen del líquido amniótico (por exceso o defecto), amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas, infección

sistémica como la pielonefritis, neumonía y apendicitis. Las mujeres de origen afroecuatoriano tienen el doble de riesgo de presentar un parto prematuro que las de origen caucásico.

La nutrición definida por el Índice de Masa Corporal (IMC) donde las mujeres muy delgadas con un IMC inferior a 19 tienen más riesgo de prematuridad, posiblemente, en relación a la disminución del flujo uterino por mal nutrición. De igual modo, la obesidad también es considerada factor de riesgo, ya que el tejido adiposo produce proteínas inflamatorias que desencadenan el parto espontáneo. Además, estas mujeres tienen más riesgo de complicaciones maternas, como la hipertensión y diabetes, que pueden provocar que el parto se deba inducir de forma prematura (4,5). El período entre parto y nueva gestación inferior a 6 meses duplica el riesgo de parto prematuro influido por el tabaco y consumo otros tóxicos. Las mujeres fumadoras aparte del riesgo de parto prematuro tienden al retraso de crecimiento intrauterino fetal (6).

## **INDICADORES UTILIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESTADO DE SALUD MATERNO-NEONATALES.**

### **Score Mamá**

Es un indicativo del estado de salud de la paciente en cuanto a sus signos vitales (Tabla 1) para captar patologías durante el embarazo y poder actuar a tiempo ante los casos de madres consumidoras de drogas. A toda mujer durante su

primera consulta hasta la última se le realizan controles de bienestar materno fetal en conjunto con los monitoreo y los marcadores biofísicos. Esto nos da un indicio para saber porque razón están alterados los valores y buscar la causa subsecuente a esto (6).

### **Tabla 1.- Parámetros de valoración del Score mama**

- Frecuencia cardíaca (FC)
- Presión arterial (PA): presión arterial sistólica (PAS) y presión arterial diastólica (PAD)
- Frecuencia respiratoria (FR)
- Temperatura corporal axilar (T0 C)
- Saturación de oxígeno (Sat O2)
- Estado de conciencia todo eso se mide con una puntuación de 0 a 3 siendo 0 la más inocua.

*Autores: Diana Arreaga y Soonyi Romo.*

*Fuente: Ministerio de Salud Pública: Muerte Materna. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición*

## **Riesgo Obstétrico**

En Ecuador el Ministerio de Salud Pública optó por clasificar los riesgos durante el embarazo poniéndolos desde los más graves hasta los más leves según los problemas que más nos aquejan y la drogadicción alcoholismo y consumo de tabaco se encuentra en riesgo bajo, pero si se detecta a tiempo porque este consumo excesivo conlleva a otros riesgos.

Se lo en casilla en tres categorías (Tabla 2):

**Tabla 2.- Categorías de Riesgo Materno.**

<b>BAJO RIEGO O RIESGO 1</b>
Condiciones socio-económicas desfavorables. (Pobreza extrema, Desempleo, analfabetismo)
• Control insuficiente de la gestación: < 3 visitas prenatales.
• Edad extrema $\leq 19$ años ó $\geq 35$ años en el primer embarazo.
• Adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de embarazos.
• Drogadicción, alcoholismo y Tabaquismo.
• Gran multiparidad (Mayor de 3 gestas).
• Incompatibilidad Rh.
• Infección de vías urinaria y Flujo vaginal recurrentes por más de 2 ocasiones en tres controles subsecuentes.
• Período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses.

### **ALTO RIESGO O RIESGO 2**

Anemia (Hb < 10g/dl o HTO < 25%).

- Embarazo Múltiple.
- Enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías, enf. Inmunológicas, hipertensión.)

- Polihidramnios u Oligoamnios.

- Epilepsia.

- Historia obstétrica desfavorable: abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino.

- Enfermedades neuropsiquiátricas.

- Infección materna: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV.

- Presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación.

- Desnutrición y Obesidad.

- Asma.

### **RIESGO INMINENTE O RIESGO 3**

Amenaza de parto pretérmino.

- Cardiopatías.

- Diabetes Gestacional descompensado o en tratamiento.

- Hemorragia vaginal.

• Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas.
• SIDA clínico.
• Trastornos hipertensivos en el embarazo.
• Alteraciones en la Frecuencia cardiaca fetal

*Autores: Diana Arreaga y Soonyi Romo*

*Fuente: Ministerio de Salud Pública: Muerte Materna. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición*

## **Signos De Alarma**

Durante el periodo de gestación en los controles prenatales la madre recibe educación en cuanto a su salud y como llevar su embarazo se le explica lo que es fisiológico y lo que podría ser patológico y para que se entienda mejor se los conoce como signos de alarma en los cuales la madre debe de estar atenta y alerta porque si deja pasar alguna de estas manifestaciones clínicas podría ser de alta mortalidad para ella y su producto. En las mujeres embarazadas consumidoras de sustancias psicotrópicas y estupefacientes los signos de alarma que llaman la atención y por los que inmediatamente se deben acudir al centro de salud y no se debe esperar son (7):

- Sangrado vaginal en el embarazo
- Dolor intenso en el vientre
- Salida de líquido amniótico antes de la fecha de parto
- Dolor de cabeza

- Convulsiones
- Falta de movimientos del bebé
- Pérdida de conciencia.
- Infecciones o secreciones vaginales abundantes

## **Complicaciones Del Embarazo**

Las complicaciones agudas del embarazo pueden aparecer en todo trimestre su diagnóstico y manejo son de alta complejidad, las principales causas en nuestro enfoque son el consumo de drogas que conlleva a factores como infección de vías urinarias y vaginales, amenaza de aborto causa de la teratogenicidad de las drogas, oligohidramnios o corioamnionitis por falta de interés y pocos controles de la madre, compromiso del bienestar fetal ya que el feto crea una adicción desde el vientre materno y si no se actúa a tiempo puede llevar a la muerte fetal y materna (8).

## **Test De Apgar**

Es un método de evaluación de la adaptación y vitalidad del recién nacido tras el nacimiento (Tabla 3). Se puede realizar junto a su madre el Apgar al primer minuto, si es mayor de 7 puede seguir con ella y debemos acompañarlo hasta la valoración del Apgar a los 5 minutos; en caso de que fuese menor de 7 se debe trasladar a la zona de atención para valoración y estabilización. En esta prueba

se utilizan estos 5 factores para evaluar el bienestar del recién nacido. Y cada aspecto se evalúa en una escala que va del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible (9):

**Tabla 3.- Test de Apgar**

	0	1	2
Aspecto (color de la piel)	Todo el cuerpo azul	Extremidades azules	Cuerpo rosado
Pulso (frecuencia cardíaca)	No hay latidos	Menos de 100 latidos por minutos	Más o igual de 100 latidos por minutos
Irritabilidad (respuesta refleja)	No responde al estímulo	Mueca, llanto sin fuerza	Llanto fuerte, tos, estornudo
Actividad (tono muscular)	Musculo flácido	Algunos movimientos	Activo
Respiración (ritmo respiratorio y esfuerzo respiratorio)	No respira	Suave y de forma irregular	Fuerte

**Autores: Diana Arreaga y Soonyi Romo**

**Fuente: Ministerio de Salud Pública: Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición**

## **EFFECTOS DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS DURANTE EL EMBARAZO**

### **Marihuana**

Cada vez hay más pruebas de que el consumo de cannabis perinatal afecta negativamente el desarrollo neurológico y el crecimiento del feto y el lactante en desarrollo, incluidos los cambios persistentes en la cognición de alto nivel y el bienestar psicológico. Sin embargo, los datos a menudo se confunden con otros factores y determinar el efecto directo de solo la marihuana es un desafío (11). Entre los resultantes neonatales tenemos a la disminución en el peso corporal. Un análisis que controlaba el consumo de tabaco encontró que los bebés expuestos prenatalmente a la marihuana tenían más probabilidades de ser prematuros en comparación con los bebés no expuestos (12,13). Esto fue ilustrado por un estudio de cohorte retrospectivo basado en la población que comparó a más de 9000 usuarios de cannabis prenatal con no consumidores que informaron que el consumo de cannabis se asoció con el doble de la tasa de nacimientos prematuros <37 semanas de gestación (12% vs 6%), y el aumento de las tasas de lactantes con restricción del crecimiento intrauterino, desprendimiento de la placenta, transferencia a cuidados intensivos neonatales y puntaje de Apgar a cinco minutos inferior a 4/10. El posible efecto teratogénico, aunque no hay datos sobre un efecto teratológico directo de la exposición prenatal al cannabis, se ha informado de evidencia indirecta que muestra un aumento en la tasa de anomalías congénitas (defectos cardíacos y nervios

centrales y síndrome de Down) en áreas con mayor consumo de cannabis durante el embarazo (14).

## **Cocaína**

Durante el embarazo y el parto, las complicaciones incluyen aborto espontáneo, muerte fetal, desprendimiento de la placenta, prematuridad y restricción del crecimiento fetal. Los datos de grandes estudios prospectivos de casos y controles han demostrado que la prematuridad y la restricción del crecimiento fetal tienen más probabilidades de ocurrir en los lactantes expuestos, pero no hubo un efecto teratogénico de la cocaína a pesar de los informes de casos anteriores de anomalías genitourinarias y cardíacas (10,11). Los recién nacidos con exposición prenatal a la cocaína pueden presentar anomalías neuroconductuales, estas se observan con mayor frecuencia entre las 48 y 72 horas de vida. Los lactantes que se sabe que están expuestos solo a la cocaína en comparación con los lactantes de control tenían más probabilidades de tener síntomas neurológicos centrales y autonómicos, incluidos temblores, llanto agudo, irritabilidad, succión excesiva, hipertensión y episodios de cualquiera apnea o taquipnea. La exposición prenatal a la cocaína se asocia con déficits estructurales en el cerebro infantil, que se ha asociado con conectividad funcional y trastornos del comportamiento neurológico (10).

## **Nicotina**

Aunque el consumo de tabaco no se considera un trastorno por consumo de sustancias en el embarazo, el impacto neonatal negativo del tabaquismo materno prenatal está bien establecido y se discute por separado. En Inglaterra, el porcentaje de mujeres embarazadas que fumaban en el momento del parto disminuyó del 15 al 11% entre los años 2006 y 2014 (10). Un estudio de datos de certificados de nacimiento de los Estados Unidos de 2014 informó de manera similar que el 11% de las mujeres estadounidenses informaron fumar cigarrillos en los tres meses anteriores al embarazo y aproximadamente el 8% informó fumar en cualquier momento durante el embarazo. En el 2016 el análisis posterior de los Estados Unidos señaló una pequeña reducción en el porcentaje de mujeres que fumaban durante el embarazo (7.2 por ciento). En el 2016, las mujeres con las tasas más altas de tabaquismo eran las de 20 a 24 años, de etnia no hispanoamericana o nativa de Alaska, y con un nivel de educación (10).

## **Alcohol**

Trastorno del espectro de alcoholismo fetal - alcohol atraviesa libremente la placenta y se sabe que es teratogénico. Los bebés cuyas madres consumen alcohol durante el embarazo pueden tener secuelas crónicas no reversibles. El síndrome de alcoholismo fetal (FAS) y el trastorno del espectro alcohólico fetal (FASD) son términos utilizados para describir el rango de efectos, incluidas las consecuencias de por vida, que pueden ocurrir en un individuo que estuvo

expuesto prenatalmente al alcohol (10). Las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el tratamiento del FASD se analizan por separado.

## **Opioides**

El término "opioides" se refiere a sustancias naturales y sintéticas con actividad similar a la morfina. La exposición a los opioides en el útero puede predisponer al bebé a la abstinencia después del parto. Las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal se analizan por separado.

## **Anfetaminas**

Las anfetaminas son estimulantes adictivos que pueden usarse indebidamente o usarse como drogas ilícitas. Las formas ilícitas más utilizadas incluyen metilendioximetanfetamina (MDMA, "éxtasis") y metanfetamina ("hielo", "cristal").

Los efectos negativos reportados de la exposición prenatal a la anfetamina en la descendencia incluyen a la prematuridad y restricción del crecimiento fetal, muerte fetal. El resultado del desarrollo neurológico deficientes en niños expuestos puede verse confundido por otros factores, incluida la exposición a otros medicamentos, factores socioeconómicos y adversidad después del nacimiento (15). El impacto puede depender del grado de exposición, como en un estudio prospectivo, que controla los factores de confusión; el deterioro motor y mental reportado solo se observó en lactantes con exposición prenatal

intensa. Sin embargo, los datos disponibles sugieren que la exposición prenatal a la anfetamina produce problemas cognitivos, que incluyen dificultades de aprendizaje, memoria y retrasos motores persistentes. También hay informes de que la exposición prenatal a la metanfetamina se asocia con hallazgos de neuroimagen de anomalías estructurales del cerebro, particularmente en el cuerpo estriado (16). No está claro si la exposición a la anfetamina en el útero causa abstinencia en el recién nacido. La información se encuentra limitada por la incapacidad de separar el efecto de la anfetamina sola del efecto de otros medicamentos utilizados en el útero, y por el pequeño número de pacientes informados (16). Los síntomas más frecuentes que se encuentra en mujeres consumidoras incluyen llanto agudo, irritabilidad, espasmos, diaforesis y estornudos. En contraste, un gran estudio prospectivo no encontró un aumento en los síntomas de abstinencia neonatal entre los recién nacidos expuestos a metanfetamina y los controles pareados (17). También sigue siendo incierto si la exposición prenatal a las anfetaminas aumenta el riesgo de anomalías congénitas. En dos grandes estudios de cohortes, no hubo una mayor incidencia de anomalías congénitas asociadas con madres que usaron análogos de anfetamina por razones terapéuticas (por ejemplo, para lograr la pérdida de peso), durante el embarazo en comparación con las madres sin uso de anfetamina. Sin embargo, en otro estudio de cohorte, las madres que tuvieron hijos con una malformación congénita tenían más probabilidades de tener

antecedentes de uso de dextroanfetamina durante el embarazo que aquellas con un bebé normal y el riesgo aumentó con una exposición más temprana a la anfetamina durante el embarazo (17).

### **COMPLICACIONES OBSTETRICAS – NEONATALES.**

La resultante neonatal en un embarazo en el cual la madre consumió drogas durante el mismo depende mucho porque en una gran mayoría en especial en nuestro estudio poblacional los neonatos salen con problemas de distress respiratorio y en su totalidad con niños de síndrome de abstinencia, en el cual los resultados influyen mucho, incluso en como la gestante haya llevado sus controles en el embarazo, de ahí parte si tendrá un resultado sin complicaciones o con complicaciones. Existe una alta incidencia más que nada en la población de bajos recursos que sumado a esto no buscan ayuda de expertos ya que su nivel de cultura no permite que se empapen de información, sino que se descuidan y en nuestro país en especial en el Hospital General Guasmo Sur existe una alta incidencia de complicaciones de neonato porque las madres son consumidoras de drogas o llevan un mal control de embarazo. Al considerar las secuelas clínicas o el lactante relacionado con la exposición a sustancias en el útero, debe tenerse en cuenta que es difícil determinar la contribución relativa de la exposición a sustancias prenatales frente a los efectos de las comorbilidades maternas y neonatales (16). Las consecuencias reportadas para la descendencia expuesta al uso de sustancias prenatales más frecuentes incluyen abstinencia de

drogas o desregulación neuroconductual que se presenta después del nacimiento y mayor riesgo de malformaciones congénitas con sustancias específicas, bajo peso al nacer para la edad gestacional debido a restricción fetal, prematuridad, infecciones prenatales y complicaciones del parto (17).

Los neonatos que tienen más complicaciones en las madres consumidoras son los que no nacen a término o tienen bajo peso al nacer, presentan ictericia, así también como dificultades de alimentación ya que estos realizan infecciones más severas a parte del síndrome de abstinencia neonatal. Los que tienen algún problema congénito, madres con problemas de infección de vías urinarias o con ruptura prematura de membranas fetos con sufrimiento fetal por líquido teñido durante el embarazo (17).

### **Síndrome De Abstinencia.**

El síndrome de abstinencia es una de las principales complicaciones en madres consumidoras durante el último trimestre de embarazo y puede ocurrir en el 55 al 94% de los neonatos en las cuales las madres eran adictas o fueron tratadas con opiáceos mientras estaban embarazadas. Según datos del Hospital Universitario de Guayaquil hubo 84 casos de recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal relacionado al consumo de heroína durante la etapa prenatal en el período 2018, se analizaron 42 historias clínicas, de las cuales se identificó el 57% con síndrome de abstinencia moderado, 83% con prematuridad

leve y 74% con depresión moderada (17,18). Para conocer más a fondo hay que tener claro que es un trastorno que afecta principalmente al sistema nervioso central y autonómico y al sistema gastrointestinal en el neonato poniéndolo irritable tembloroso va desde la fiebre hasta las convulsiones continuas.

Según la Academia Americana de Pediatría dice que estos recién nacidos con este síndrome deben ser evaluados mínimo de 3 a 7 días y si requieren mayor tiempo, debe ser hasta 23 días. El test de Apgar nos ayuda a valorar el estado físico del neonato sus condiciones y si necesita de reanimación y de cuidados intensivos neonatales.

### **Distrés Respiratorio**

El distrés respiratorio tiene una incidencia baja de lo que hemos podido observar a lo largo de nuestro estudio, ya que los niños que realmente hacen un síndrome respiratorio son neonatos que nacen con bajo peso al nacer fuera del hecho del consumo de drogas durante el embarazo a esta más se le agrega un distrés causado por un síndrome de abstinencia (18).

### **Taquicardia Fetal.**

Para considerar una taquicardia fetal tenemos que conocer que los latidos normales en un feto van de 110 a 160 latidos por minuto (19) más arriba de 160 le llamamos taquicardia fetal hay que tener en cuenta que debe a múltiples

factores como corioamnionitis, estados de ansiedad que expulsan catecolaminas, administración de ciertos medicamentos (beta miméticos y parasimpáticos), hipertiroidismo (19). En de los factores fetales se debe la anemia, pero en esta investigación hace énfasis a la causa del consumo de drogas.

## **Oligohidramnios**

Hace referencia al volumen de líquido amniótico que es menor de lo esperado para la edad gestacional. Por lo general, se diagnóstica mediante un examen de ultrasonido y puede describirse cualitativamente, por ejemplo: normal o reducido; y cuantitativamente ejemplo: Índice de líquido amniótico [ILA]  $\leq 5$ . Un volumen adecuado de líquido amniótico es crítico para permitir el movimiento y crecimiento fetal normal y para amortiguar el feto y el cordón umbilical. El oligohidramnios puede inhibir estos procesos y puede provocar deformación fetal, compresión del cordón umbilical y la muerte.

Su incidencia tiene tasas informadas de oligohidramnios están influenciadas por las variaciones en los criterios de diagnóstico, la población estudiada (riesgo bajo o alto, examen de detección o ecografía indicada), el umbral utilizado y la edad gestacional al momento del examen de ecografía (prematuro, a término o pos término).

Un estudio de 3.050 embarazos no complicados con fetos no anómalos únicos entre 40 y 41,6 semanas de gestación observó oligohidramnios (definido como

AFI  $\leq$ 5 cm) en 11 por ciento. La incidencia es particularmente alta en mujeres en trabajo de parto, en gran parte debido a la ruptura de las membranas fetales durante o justo antes del trabajo de parto.

## **Corioamnionitis**

La corioamnionitis es la presencia de gérmenes patógenos en líquido amniótico, que producirá complicaciones en la madre y/o el feto también la podríamos definir una complicación común del embarazo asociada con resultados adversos maternos, perinatales y a largo plazo significativos. Se asocia con el inicio del parto prematuro y el parto, se estima entre el 2-4% de embarazos de término y en un 40 a 70% de partos prematuros, por lo que es una causa importante de latencia acortada. Los resultados maternos adversos incluyen infecciones posparto y sepsis, mientras que los resultados adversos para bebés incluyen muerte fetal, parto prematuro, sepsis neonatal, enfermedad pulmonar crónica y daño cerebral que conduce a parálisis cerebral y otras discapacidades del desarrollo neurológico (20).

Existen diversos factores de riesgo para predisponer: Bajos niveles de zinc en la dieta por deficiencia de actividad antimicrobiana del L.A. Aumento del PH vaginal, ausencia de moco cervical, ruptura prematura de membranas de larga evolución, trabajo de parto prolongado (> 8 horas), nuliparidad, tactos frecuentes (> 4), raza afro-americana, líquido amniótico meconial, tabaquismo, alcoholismo, uso de

drogas, estados de inmunosupresión, anestesia epidural, vaginosis bacteriana, Infecciones de transmisión sexual , entre otras causas menos frecuentes.

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA

#### **Tipo de estudio**

Estudio de corte retrospectivo observacional y descriptivo. Los datos se extrajeron de las historias clínicas del archivo de la paciente del Hospital General Guasmo Sur desde julio 2018 hasta octubre del 2019. La base de datos y el análisis se realizaron en el programa SPSS v22.0.

#### **Población de estudio**

El universo del estudio lo conforma gestantes de cualquier edad y trimestre de embarazo consumidoras de sustancias estupefacientes y psicotrópicas atendidas en el Hospital General Guasmo Sur durante el periodo de julio del 2018 hasta octubre del 2019.

- ***Cálculo del tamaño de la muestra: (de ser necesario)***

La muestra está conformada por 110 pacientes mediante revisión de historias clínicas del Hospital General Guasmo Sur durante el periodo descrito. La siguiente información recolectada será transcrita a una hoja de cálculo de Excel para su respectivo análisis estadístico en SPSS.

#### **Criterios de inclusión**

- Paciente embarazada en cualquier trimestre atendida en el Hospital Guasmo sur y que sea consumidora de sustancias estupefacientes y psicotrópicas.

**Criterios de exclusión:**

- Paciente no embarazada
- Pacientes no consumidoras de sustancias estupefacientes y psicotrópicas
- Paciente con embarazo de riesgo por otra patología
- Paciente con historia clínica incompleta.

**Objetivos generales y objetivos específicos*****Objetivo General***

- Determinar la resultante obstétrica - neonatal en pacientes con problemas de consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas durante el periodo de gestación.

***Objetivos específicos***

- Identificar la edad de las pacientes estudiadas que consumen sustancias estupefacientes y psicotrópicas.
- Determinar el grado de prematuridad en las pacientes descritas en estudio.
- Determinar el tipo de estupefaciente más común utilizado en las gestantes del estudio.
- Establecer el porcentaje de controles prenatales adecuado en las gestantes con consumo de estupefacientes.
- Identificar la resultante neonatal desfavorable y correlacionar con los controles prenatales y con el consumo de drogas.

## Operacionalización de las Variables

<b>Nombre Variables</b>	<b>Definición</b>	<b>Valor Final</b>	<b>Tipo de variable</b>
Edad	Años cumplidos de la persona desde su nacimiento	- Años	Numérica discreta
Sexo	Condición orgánica de la persona	- Femenino	Cualitativa nominal dicotómica
Índice de líquido amniótico	Líquido que rodea en feto en el útero durante las semanas de embarazo	- Oligohidramnios - Normal - Polihidramnios	Cualitativa nominal dicotómica
Grados de prematuridad	Grados para determinar la prematurez del recién nacido	-Prematuro Extremo -Recién nacido prematuro -Prematuros moderados -Prematuro Tardío	Cualitativa nominal dicotómica

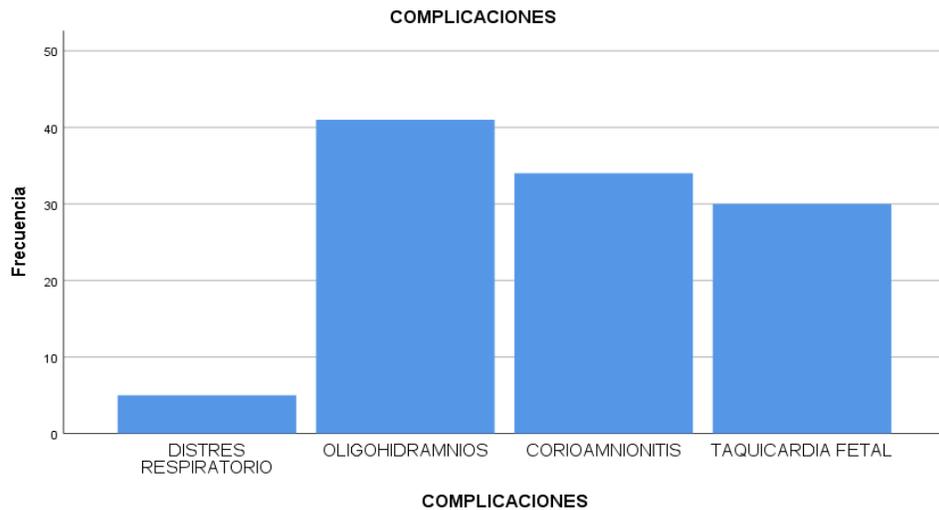
Drogas	Sustancias que actúan sobre el SNC cuando entran en el organismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marihuana</li> <li>-Cocaína</li> <li>-Estupefaciente H</li> <li>-Tabaco</li> </ul>	Cualitativa nominal dicotómica
Complicaciones Materno-Neonatales	Grupo de alteraciones que se producen durante y después del período de embarazo tanto a la madre como al neonato	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Distrés Respiratorio</li> <li>- Oligohidramnios</li> <li>-Corioamnionitis</li> <li>-Taquicardia Fetal</li> </ul>	Cualitativa nominal dicotómica
Controles prenatales	Número de visitas médicas que las pacientes realizan durante el periodo de gestación	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sin controles</li> <li>-Adecuados</li> <li>-Inadecuados</li> </ul>	Cualitativa nominal dicotómica

## CAPITULO IV

### Análisis y resultados

Tabla y gráfico 1: Distribución de complicaciones materno-neonatal

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
DISTRES RESPIRATORIO	5	4,5	4,5	4,5
<b>OLIGOHIRAMNIOS</b>	<b>41</b>	<b>37,3</b>	<b>37,3</b>	<b>37,3</b>
CORIOAMNIONITIS	34	30,9	30,9	30,9
TAQUICARDIA FETAL	30	27,3	27,3	27,3
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

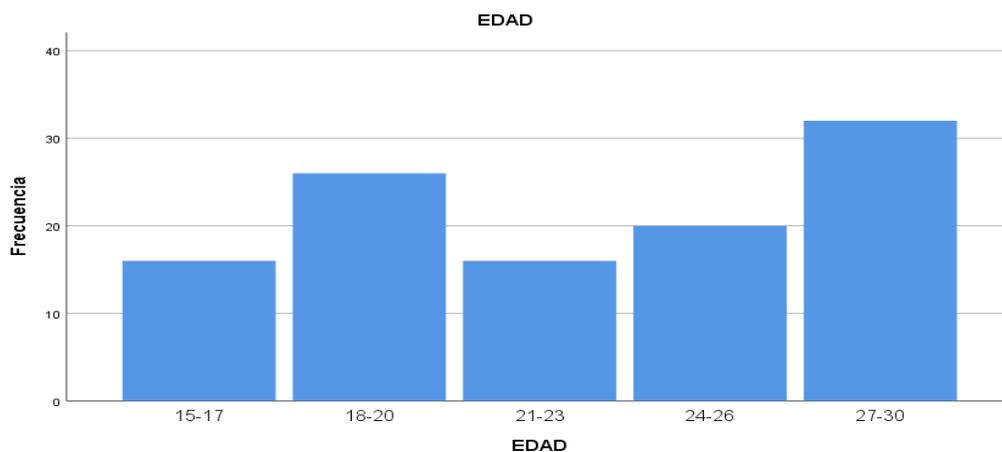


**Elaborado por:** Arreaga D., Romo S  
**Fuente:** Base de datos Hospital General Guasmo Sur.

**Análisis e interpretación de resultados.** – Se muestra que entre las complicaciones materno-fetales que desarrollan las gestantes consumidoras de drogas el oligohidramnios es la más frecuente representando un 37,3% del estudio seguido de un 30% de otra complicación muy importante la corioamnionitis.

**Tabla y gráfico 2.- Distribución de edad de las pacientes gestantes con consumo de drogas.**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
15-17	16	14,5	14,5	14,5
18-20	26	23,6	23,6	23,6
21-23	16	14,5	14,5	14,5
24-26	20	18,2	18,2	18,2
<b>27-30</b>	<b>32</b>	<b>29,1</b>	<b>29,1</b>	<b>29,1</b>
<b>TOTAL</b>	110	100,0	100,0	100,0

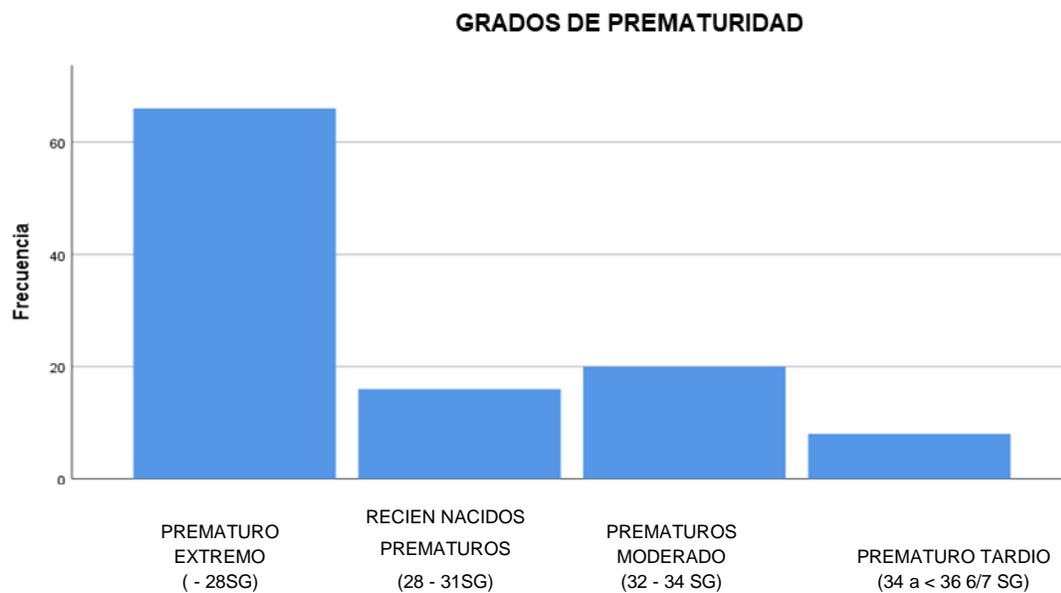


**Elaborado por:** Arreaga D., Romo S  
**Fuente:** Base de datos Hospital General Guasmo Sur.

**Análisis e interpretación de resultados.** - El total de gestantes valoradas en el presente estudio fue de 110 dando una distribución de edad de las gestantes estudiadas cuyo rango de edad fue de 15 a 30 años y el rango de mayor característica que consumen drogas fue 40 % de frecuencia entre las gestantes de 27 a 30 años consumidoras de drogas.

**Tabla y gráfico 3: Distribución de los grados de Prematuridad en pacientes gestantes consumidoras de drogas.**

GRADOS DE PREMATURIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
<b>PREMATURO EXTREMO ( - 28SG)</b>	<b>66</b>	<b>60,0</b>	<b>60,0</b>	<b>60,0</b>
RECIEN NACIDOS PREMATUROS (28 - 31SG)	16	14,5	14,5	14,5
PREMATUROS MODERADO (32 - 34 SG)	20	18,2	18,2	18,2
PREMATURO TARDIO (34 a < 36 6/7 SG)	8	7,3	7,3	7,3
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

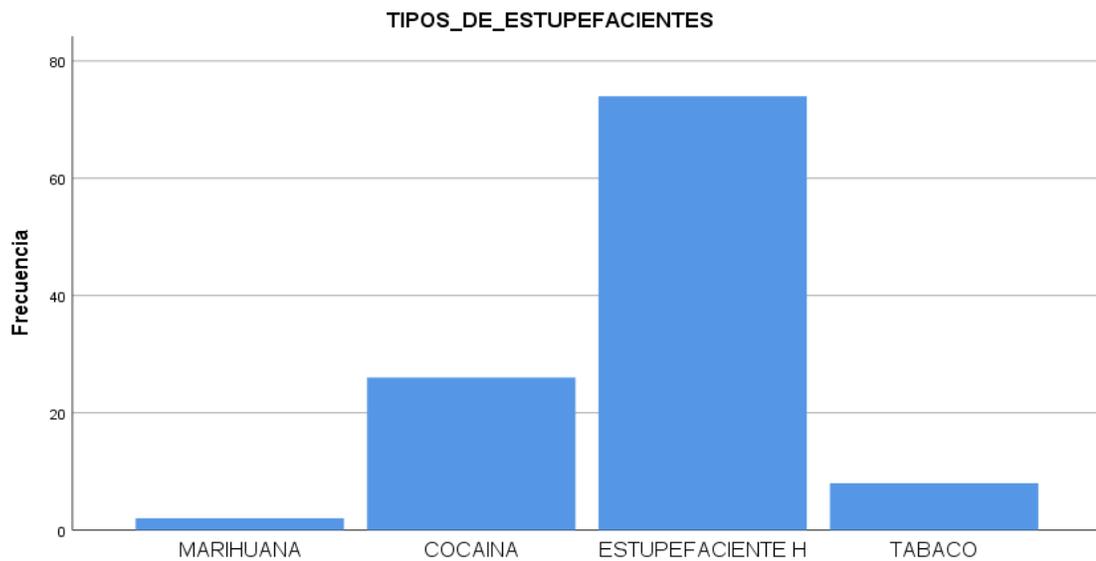


**Elaborado por:** Arreaga D., Romo S  
**Fuente:** Base de datos Hospital General Guasmo Sur.

**Análisis e interpretación de resultados.** - Se evidencia la distribución de los grados de prematuridad categorizado en: prematuro extremo, recién nacidos prematuros, prematuros moderado, prematuro tardío siendo la prematuridad extrema estadísticamente más frecuente en un 60%.

**Tabla y gráfico 4.- Distribución de las sustancias estupefacientes ingeridas por pacientes gestantes.**

TIPO DE SUSTANCIA ESTUPEFACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
MARIHUANA	2	1,8	1,8	1,8
COCAINA	26	23,6	23,6	23,6
<b>ESTUPEFACIENTE H</b>	<b>74</b>	<b>67,3</b>	<b>67,3</b>	<b>67,3</b>
TABACO	8	7,3	7,3	7,3
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>



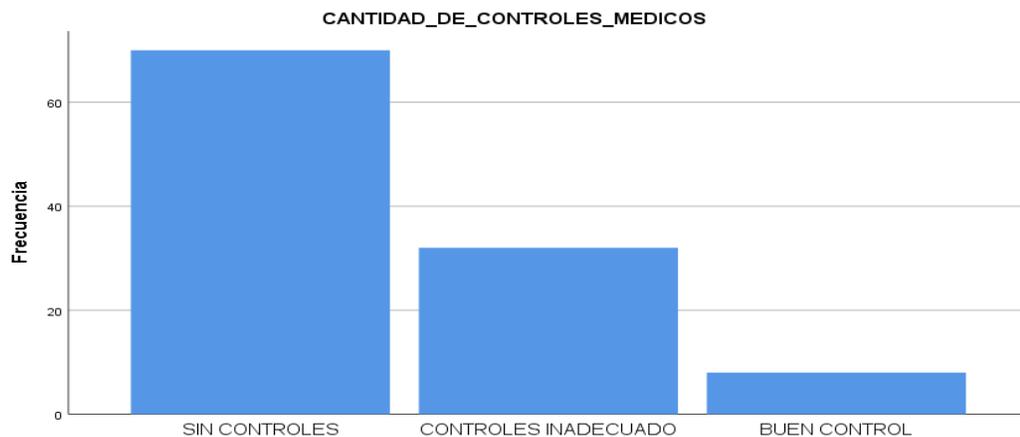
**Elaborado por:** Arreaga D., Romo S  
**Fuente:** Base de datos Hospital General Guasmo Sur.

**Análisis e interpretación de resultados.** – Se evidencia que entre los diversos tipos de drogas consumidos por las gestantes la estupefaciente H es de mayor

consumo de 110 pacientes 74 consumían dicha droga representando un 67.3% de nuestro estudio.

**Tabla y gráfico 5: Controles obstétricos en las pacientes gestantes consumidoras de sustancias estupefacientes.**

CONNTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
<b>SIN CONTROLES</b>	<b>70</b>	<b>63,6</b>	<b>63,6</b>	<b>63,6</b>
CONTROLES INADECUADO	32	29,1	29,1	29,1
BUEN CONTROL	8	7,3	7,3	7,3
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>



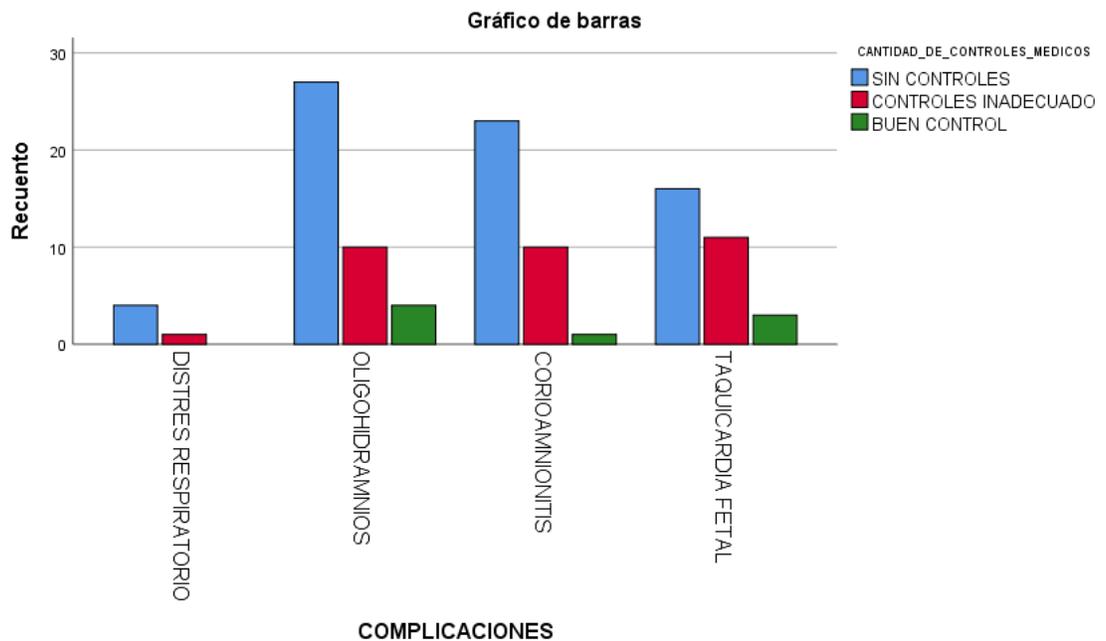
**Elaborado por:** Arreaga D., Romo S  
**Fuente:** Base de datos Hospital General Guasmo Sur.

**Análisis e interpretación de resultados.** - Se evidencia la distribución del número de controles obstétricos en las pacientes gestantes cuyo rango fue 63.6% que no tuvieron ningún control, es decir de 110 pacientes 70 pacientes no llevaron un control durante todo su período de gestación.

## TABLAS CRUZADAS

Tabla y gráfico 6. Controles prenatal y complicaciones materno-neonatal.

		CONTROLES PRENATALES			TOTAL
		SIN CONTROLES	CONTROLES INADECUADO	BUEN CONTROL	
COMPLICACIONES	DISTRES RESPIRATORIO	4	1	0	5
	OLIGOHIDRAMNIOS	27	10	4	41
	CORIOAMNIONITIS	23	10	1	34
	TAQUICARDIA FETAL	16	11	3	30
	<b>TOTAL</b>	70	32	8	110

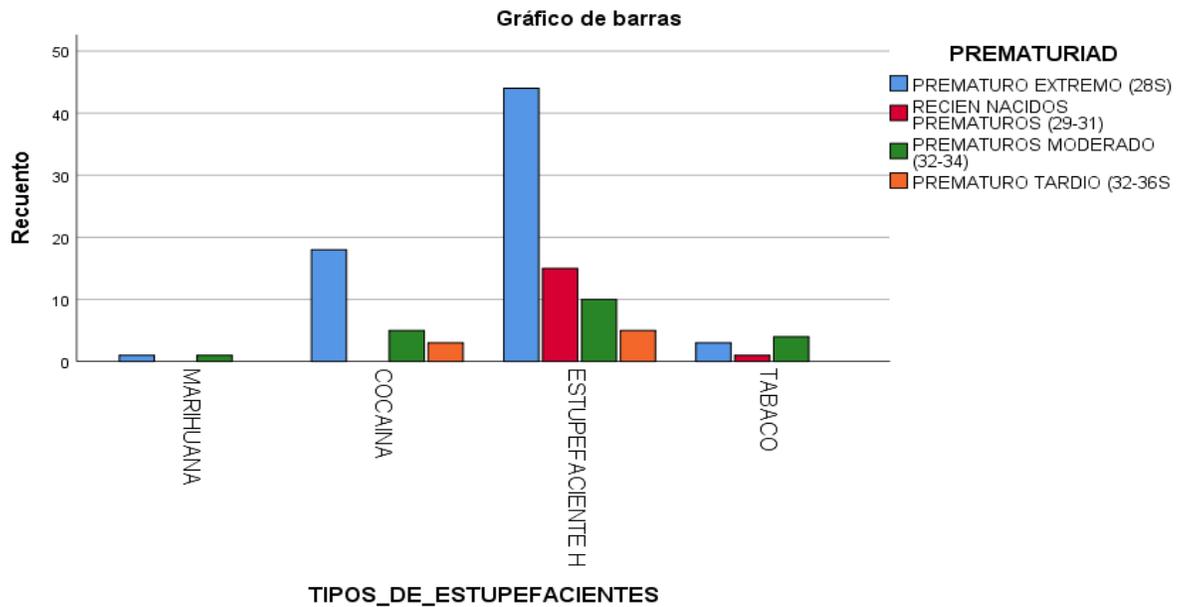


Elaborado por: Arreaga D., Romo S  
Fuente: Base de datos Hospital General Guasmo Sur.

**Análisis e interpretación de resultados.** – De las pacientes consumidoras se observa que 41 pacientes sin controles médicos presentaron oligohidramnios siendo la complicación más incidente de este estudio. Pero también se observa que aquellas pacientes que tuvieron controles médicos inadecuados y sin controles comparten en común como complicación oligohidramnios y seguido de la corioamnionitis.

**Tabla y gráfico 7: Relación de los tipos de estupefacientes y complicaciones materno-fetales.**

		PREMATURO EXTREMO  (- 28SG)	RECIENTES NACIDOS PREMATUROS  (28-31 SG)	PREMATUROS MODERADO  (32-34 SG)	PREMATURO TARDIO  (34-36 6/7SG)	TOTAL
<b>TIPOS DE ESTUPEFACIENTES</b>	MARIHUANA	1	0	1	0	2
	COCAINA	18	0	5	3	26
	<b>ESTUPEFACIENTE H</b>	<b>44</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>74</b>
	TABACO	3	1	4	0	8
	<b>TOTAL</b>	66	16	20	8	110



**Elaborado por:** Arreaga D., Romo S  
**Fuente:** Base de datos Hospital General Guasmo Sur.

**Análisis e interpretación de resultados.** – En esta tabla cruzada podemos observar que existe una gran incidencia en que el estupefaciente H que es la droga con mayor consumo por las gestantes se relaciona con el grado de prematuridad extrema representando por 44 pacientes que tuvieron sus productos con dicha prematuridad.

## DISCUSIÓN

La incidencia de prematuridad es de un 60% en las mujeres que consumían droga durante su periodo de gestación especialmente la droga por la cual las madres presentaron neonatos con prematuridad extrema fue el estupefaciente H que es la droga con mayor consumo por las gestantes representado por 44 pacientes que tuvieron sus productos con dicha prematuridad. Se reflejaron resultados de mayoritarios en que en estas gestantes de 110 mujeres 70 de ellas no se habían realizado ningún control y 41 pacientes de las antes mencionadas presentaron oligohidramnios siendo la complicación más incidente de la investigación; a su vez se observa una incidencia en las pacientes que tuvieron controles médicos inadecuados y sin controles que ambas tienen como complicación oligohidramnios y la corioamnionitis.

Durante el proceso de recolección de datos en la investigación encontramos que muchos estudios realizados tiene como base a la marihuana como principal droga de estudio, dado a su popularidad en los países de primer mundo y por la existencia de venta libre de la misma en algunos países, facilitando la accesibilidad en los pacientes jóvenes y adultos, por la cual registra mayores estudios especificando por ser un potente agresor y productor de complicaciones como síndrome de abstinencia, trastorno de desarrollo y crecimiento fetal, taquicardia fetal, etc. Pero en los países menos desarrollados como Ecuador podemos observar como la heroína conocida vulgarmente por los pacientes

como “*la H*” que es la combinación de heroína más cafeína y diltiazem, una sustancia utilizada para tratar la hipertensión; conforma una de las drogas de mayor fácil de acceso para la población debido por su bajo costo y por su mayor grado de venta en las partes pobres del país, teniendo como resultados un alto grado de prematuridad de tipo extremo donde se presenta a las 23 semanas de gestación, más complicaciones tales como oligohidramnios y la corioamnionitis considerada las más comunes en el estudio y otros tipos de complicaciones que comparten relación con la marihuana y el tabaco.

Se han evidenciado en un meta análisis de Cochrane que las pacientes dependientes de opiáceos experimentan un aumento de seis veces en las complicaciones obstétricas maternas y dan a luz a recién nacidos de bajo peso. También se observa un aumento de la mortalidad neonatal y un aumento de 74 veces en el riesgo de síndrome de muerte súbita del neonato (22).

De esta manera podemos decir que la incidencia de prematuridad y la resultante feto-neonatal es alta en nuestro estudio y que la principal complicación en mujeres consumidoras no solo es después del embarazo sino también con un alto índice de prematuridad extrema, corioamnionitis y oligohidramnios.

## **CONCLUSIONES**

Con el análisis de resultados mostrados en la presente investigación observamos que las drogas en el embarazo tienen un efecto negativo en la resultante materna neonatal especialmente la prematuridad extrema oligohidramnios y corioamnionitis que obtuvieron una alta incidencia en nuestro estudio.

Por tal motivo debemos ser conscientes que el uso y abuso de estas sustancias en especial la sustancia H como resultado en nuestro estudio; es una realidad en una sociedad la cual no ha podido hasta el día de hoy lograr corregir o reducir el consumo más que nada que las mujeres gestantes no están exentas y que dichas sustancias pueden agravar la vida del producto como lo hemos observado en la población de estudio.

Debido a todo lo antes mencionado se tiene que promover, enseñar, guiar a las futuras madres a que lleven un embarazo con controles prenatales y con ayuda psicológica para evitar que recaigan en las drogas y así llevar un embarazo en abstinencia, en cada consulta o visita domiciliaria llevar a un mejor entendimiento del tema y los riesgos a los cuales están sometidas por esto. En su vientre llevan una vida, un ser, un niño el cual no debe pagar por errores cometidos y del cual se puede corregir, pero esto va de la mano de no solo el MSP, médicos sino de un estado el cual debe promover y hacer más énfasis en esta población la cual se deja llevar fácilmente por la ingesta de estas sustancias.

Con una mejor y conmensurada guía, estatutos y seguimientos, se podrá reducir notablemente el índice de madres que sufren y aquejan dolencias por este tema el cual si es llevado con cuidado y sobriedad saldremos todos adelante.

## **RECOMENDACIONES**

1. Dar charlas educativas a las pacientes
2. Llevar un mejor manejo de la mujer embarazada consumidoras de drogas, evaluando su estado en el adecuado número de controles prenatales.
3. Inculcar el apoyo familiar y psicológico para evitar que recaigan en las drogas y así llevar un embarazo en abstinencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud: Manejo de las complicaciones del embarazo y parto: Guía para obstetrices y médicos Aspectos destacados de la segunda edición de 2017. disponible en <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2017/09/WHOMCPCBriefer-Spanish-A4.pdf>
2. Ministerio de Salud Pública: Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. Quito: dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
3. Ministerio de Salud Pública: Muerte Materna. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. Quito: dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/01/Muerte-materna.pdf>
4. Menéndez GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2015 [citado 9 Ene 2017]; 38 (3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&nrm=iso).
5. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinstobaccosmokeexposure/en/>, consultado el 29 de septiembre de 2016).
6. Ministerio de Salud Pública: Muerte Materna. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. Quito: dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/01/Muerte-materna.pdf>
7. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016

([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/pregnancy\\_guidelines/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/), consultado el 29 de septiembre de 2016).

8. Maternal immunization against tetanus: integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for maternal and neonatal care 1.1. Ginebra: Departamento de Reducción de los Riesgos del Embarazo, Organización Mundial de la Salud; 2006 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/immunization\\_tetanus.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf), consultado el 28 de septiembre de 2016).
9. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Signos vitales: sobredosis de analgésicos opioides recetados --- Estados Unidos, 1999-2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2015; 60: 1487.
10. Patrick SW, Schumacher RE, Benneyworth BD, et al. Síndrome de abstinencia neonatal y gastos relacionados con la atención médica: Estados Unidos, 2000-2009. JAMA 2016; 307: 1934.
11. Ko JY, Patrick SW, Tong VT y col. Incidencia del síndrome de abstinencia neonatal - 28 estados, 1999-2017. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2016; 65: 799.
12. Ventura W. Validez de la evaluación posnatal de la edad gestacional: estudio comparativo del método de Capurro versus ecografía de las 10+0 a 14+2 semanas. Perú. ginecol. obstet. 2015; 61 (2):115-120. Disponible en: [scielo.org](http://scielo.org).
13. Haight SC, Ko JY, Tong VT, et al. Opioid Use Disorder Documented at Delivery Hospitalization - United States, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2018; 67:845.
14. Brown QL, Sarvet AL, Shmulewitz D, et al. Trends in Marijuana Use Among Pregnant and Nonpregnant Reproductive-Aged Women 2017. JAMA 2017; 317:207.

15. Ko JY, Farr SL, Tong VT, et al. Prevalence and patterns of marijuana use among pregnant and nonpregnant women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 213:201. e1
16. Conner SN, Bedell V, Lipsey K, et al. Maternal Marijuana Use and Adverse Neonatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2016; 128:713.
17. Metz TD, Allshouse AA, Hogue CJ, et al. Maternal marijuana use, adverse pregnancy outcomes, and neonatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217:478. E
18. Beloosesky R, Ross M, et al. Oligohydramnios. Up to date. Enero 2020. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/substance-se-by-pregnant-women?search=syndrome%20de%20abstinence%20neonatal&topicRef=5010&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/substance-se-by-pregnant-women?search=syndrome%20de%20abstinence%20neonatal&topicRef=5010&source=see_link)
19. Moxey-Mims M, Raju TNK. Anhydramnios in the Setting of Renal Malformations: The National Institutes of Health Workshop Summary. *Obstet Gynecol* 2018; 131:1069.
20. Rocha G, Proença E, Quintas C, Rodrigues T, Guimarães H. Chorioamnionitis and brain damage in the preterm newborn. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2017; 20(10): 745 – 749 D
21. Minozzi S, Amato L, Bellisario C, Ferri M, Davoli M, et al. Tratamiento de mantenimiento para embarazadas dependientes de opiáceos. COCRHANE. diciembre 2015 disponible en: [https://www.cochrane.org/es/CD006318/ADDICTN\\_tratamiento-de-mantenimiento-para-embarazadas-dependientes-de-opiáceos](https://www.cochrane.org/es/CD006318/ADDICTN_tratamiento-de-mantenimiento-para-embarazadas-dependientes-de-opiáceos)



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Arreaga Desiderio Diana Gertrudis** con C.C: **0931475214** autora del trabajo de titulación: **Incidencia de prematuridad y resultante neonatal en gestantes con problemas de consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en el Hospital General Guasmo Sur en el período comprendido entre julio 2018 a octubre 2019.** previo a la obtención del título de médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

**Guayaquil, 3 de mayo del 2020**

f. \_\_\_\_\_

**Arreaga Desiderio Diana Gertrudis**

**C.C: 0931475214**

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Romo Mantuano Soonyi Ada** con C.C: **0921759312** autor del trabajo de titulación: **Incidencia de prematuridad y resultante neonatal en gestantes con problemas de consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en el Hospital General Guasmo Sur en el período comprendido entre julio 2018 a octubre 2019**, previo a la obtención del título de medicina en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

**Guayaquil, 3 de mayo del 2020**



f. \_\_\_\_\_

**Romo Mantuano Soonyi Ada**

**C.C: 0921759312**

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Incidencia de prematuridad y resultante neonatal en gestantes con problemas de consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas en el Hospital General Guasmo Sur en el período comprendido entre julio 2018 a octubre 2019		
<b>AUTOR(ES)</b>	Arreaga Desiderio Diana Gertrudis Romo Mantuano Soonyi Ada		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dr. Salazar Pousada		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Medico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	3 de mayo del 2020	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	42
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Ginecología. Salud Pública. Estupefacientes. Pediatría		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	prematuridad, gestantes, sustancias estupefacientes, complicaciones.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>La prematuridad es una de las complicaciones más comunes en las pacientes gestantes consumidoras de sustancia estupefacientes. El INEC informa en el 2014 neonatos con menor a 32 semanas presentan mayor mortalidad y morbilidad. El que mujeres jóvenes consuman algún tipo de sustancia psicotrópica durante el embarazo provoca alteración del desarrollo del feto in útero, la gravedad del caso depende del tipo de sustancia y el nivel de adicción que se mantenga sobre esta. Metodología: se llevó a cabo un estudio retrospectivo, de tipo observacional y descriptivo. El universo lo conforman 110 pacientes embarazadas consumidora de sustancias estupefacientes y psicotrópicas atendidas en el Hospital General Guasmo Sur en el período de julio del 2018 – octubre 2019. La incidencia de datos se realizó mediante revisión de historias clínicas y por informe ecográfico de pacientes con criterio de inclusión. Los resultados revelan que existe un mayor consumo de drogas en pacientes que oscilan entre los 27 a 30 años representando un 29,1%, la droga de mayor consumo es el estupefaciente H en un 67,3%, la prematuridad extrema es el mayor riesgo obstétrico presentado 60% de los casos. Teniendo en cuenta estos resultados las mujeres gestantes consumidoras desarrollan complicaciones que ponen en riesgo su vida y la del feto.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0939971598 <b>Teléfono:</b> 0980924685	<b>E-mail:</b> diana_arreaga1607@hotmail.com <b>E-mail:</b> soonyi_4@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Ayón Genkuong, Andrés Mauricio <b>Teléfono:</b> 0997572784 <b>E-mail:</b> andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			